FIBROMES UTÉRINS

LEUR TRAITEMENT PAR L'ÉLECTROLYSE

(MÉTHODE APOSTOLI)

ET LEUR ÉLIMINATION FRÉQUENTE SOUS-MUQUEUSE

PAR L'ACTION DE L'ÉLECTRICITÉ

PAR

Le Docteur LA TORRE (de Rome)

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS
ET DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE

Extrait, revu et augmenté, des *Archives de Tocologie*
(Décembre 1888, Janvier et Février 1889)

PARIS
O. DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON

1889

FIBROMES UTÉRINS

LEUR TRAITEMENT PAR L'ÉLECTROLYSE

(MÉTHODE APOSTOLI)

ET LEUR ÉLIMINATION FRÉQUENTE SOUS-MUQUEUSE

PAR L'ACTION DE L'ÉLECTRICITÉ

Une des conquêtes les plus heureuses de la thérapeutique moderne est, sans conteste, l'application de l'électricité à la médecine. Mais, où l'emploi de ce puissant remède a pris un développement considérable, c'est assurément en gynécologie.

La méthode préconisée par le Dr Apostoli est aujourd'hui acceptée par plusieurs des plus grands gynécologues. Elle le sera davantage, au fur et à mesure que les médecins seront de plus en plus instruits sur les bienfaits constants et journaliers du traitement électrique.

Comment agit l'électricité ?

La lumière n'est pas encore totalement faite sur tous les points d'interprétation théorique du mode d'action du courant électrique, mais ce qu'il importe de savoir c'est que la galvanocaustique chimique fait du bien, qu'elle guérit, et qu'elle constitue un puissant remède dans le traitement symptomatique des fibromes utérins : voilà ce qui est l'essentiel !

Avant tout il faut avoir des faits, l'explication complète viendra après.

C'est à ce point de vue que je veux me placer dans la note clinique que je viens présenter ici.

J'ai commencé à aller de temps en temps à la clinique du Dr Apostoli, dès 1884, et j'ai pu dès lors suivre quelques malades. Mais depuis six mois environ j'ai fréquenté constamment cette clinique ayant eu l'intention de faire un travail spécial sur le *traitement des hémorrhagies utérines par l'électricité.*

J'ai dû, malheureusement, suspendre, pour le moment, l'exécution de mon projet et me limiter, faute de temps, à une partie de mon programme : au traitement électrique des fibromes et en particulier à celui des polypes utérins, que je vais décrire aujourd'hui tel que le formule et le pratique le Dr Apostoli.

Parmi les nombreuses femmes que j'ai eu l'occasion de voir et de réexaminer, j'en ai trouvé plusieurs chez lesquelles l'hémorrhagie utérine, causée par la présence de fibromes, et qui durait depuis plusieurs années, était devenue si rebelle à tous les traitements, et si menaçante, qu'elle mettait en danger leur existence même. Cet état pathologique réclamait une intervention prompte et efficace : hystérectomie, peut-être, ou castration. Eh bien, il suffit, le plus souvent dans ces conditions, de quelques applications électriques pour arrêter rapidement toute hémorrhagie et guérir, ensuite, par un traitement consécutif, les malades.

Une femme, notamment, m'a tout particulièrement intéressé par l'action spéciale que la galvano-caustique chimique a exercé sur l'évolution de la tumeur, déterminant son énucléation et son expulsion spontanées.

D'après son expérience, Apostoli croit en effet, que les fibromes interstitiels, d'un certain volume, tendent souvent sous l'influence de l'électrolyse à se porter au dehors, soit vers la face externe péritonéale, soit vers la face interne muqueuse.

Un élève du Dr Apostoli, le Dr Delétang (1) formule le même avis dans un travail très important, qu'il vient de publier sur le traitement électrique des fibromes utérins, où il s'exprime ainsi : « Je serais très disposé à croire que l'électrolyse hâte leur énucléation ; j'ai constaté en effet, après le traitement électrique, la formation de six polypes dans ma clientèle ; cette proportion sur 97 malades me semble dépasser la moyenne ».

Cette opinion est aussi celle de Vuillet, de Genève (2) qui espère « diriger le fibrome vers la cavité utérine grâce à l'électricité... Le fibrome devient ainsi sous-muqueux ; il s'énuclée spontanément ; dans tous les cas son extraction se trouve simplifiée. »

Cette influence de l'électrolyse sur l'évolution des fibromes utérins est reconnue aussi par un des adversaires du traitement électrique en gynécologie, le Dr Doléris.

Voici son opinion à ce sujet :

« Il reconnaît, en outre, dit Villa (3), que cette action (heureuse stimulation) porte sur la musculature utérine, dans une proportion assez considérable pour favoriser le dégagement des tumeurs interstitielles de moyen volume. Mais les grands myômes, surtout ceux dont la périphérie se confond presque avec le tissu utérin environ-

1. Voir nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie. Décembre 1888, page 570.

2. *L. Secheyron.* De l'hystérotomie vaginale. Paris, O. Doin, 1888, p. 138.

3. *Villa.* Thérapeutique comparative des fibromes utérins. *In* Nouvelles arch. obst. et gynéc., n° 1, janvier 1888, p. 11.

nant, au point qu'on ne pourrait pas toujours dire s'ils sont énucléables, ne paraissent, en aucune façon, tendre à s'isoler. Ce résultat, qui aurait pour corollaire de les rendre énucléables, et partant de faciliter leur issue spontanée ou artificielle soit vers la muqueuse, soit vers le péritoine, serait à souhaiter et, théoriquement, il est permis de le supposer possible. »

Or, ce qui est, dans l'esprit de Doléris, théoriquement possible, l'est aussi pratiquement, et en voici la preuve.

Je dois dire d'abord, qu'il n'y a pas un chirurgien qui ignore qu'un fibrome utérin peut être spontanément expulsé. Mais, il faut savoir qu'une pareille issue est excessivement rare, et que ce serait folie d'espérer la guérison de la plus grande partie des fibromes utérins par ce simple moyen. Sous l'action de l'électrolyse cependant, l'élimination des fibromes devenus polypes est infiniment plus fréquente.

J'ai pu collectionner huit cas d'élimination et expulsion spontanées de polypes utérins observés dans l'espace de quelques mois et qui me sont, pour ainsi dire, tombés sous les yeux sans me donner nullement la peine de faire des recherches dans la littérature médicale qui doit pourtant en contenir plusieurs. Il n'en faudrait pas davantage, ce me semble, pour légitimer l'intérêt de cette note.

Ces huit cas d'expulsion spontanée de fibromes utérins sous l'action de l'électricité, appartiennent : quatre à la clinique du Dr Apostoli ; un au Dr Holland, de Londres ; un autre au Dr Gelli, de la clinique du professeur Chiara, de Florence ; l'autre au Dr Mori, de Brescia et le huitième à ma clinique privée.

Observation I

(Clinique du Dr Apostoli) (1).

Eugénie Simon, ménagère, 32 ans, née à Meaux et demeurant à Paris depuis treize ans, 115, rue Oberkampf, se présente le 5 août 1884, à la Clinique du Dr Apostoli.

Antécédents héréditaires. — Issue de parents bien portants ; le père, gendarme, mort il y a vingt-neuf ans, des suites éloignées d'une congestion cérébrale. La mère vivante, bien portante.

Cette malade est la dernière de trois enfants dont un est mort à l'âge de 19 ans à la suite d'une tumeur maligne à la jambe gauche.

Antécédents physiologiques. — Réglée pour la première fois à 16 ans ; pertes peu abondantes, de trois à quatre jours de durée, douloureuses au point de l'obliger à se coucher.

Pas de leucorrhée.

Mariée à 21 ans ; le mariage a changé le caractère de la menstruation ; elle n'était plus douloureuse, et il y avait de la leucorrhée.

1. Cette observation inédite a été rédigée par moi à l'aide des notes quotidiennes prises à la clinique.

Deux grossesses, la première aussitôt après le mariage ; accouchement à terme, spontané ; enfant vivant, gros. Suites de couches normales, repos au lit pendant neuf jours. La malade éleva son enfant, et malgré l'allaitement, le retour de couches eut lieu trois mois après l'accouchement. Seconde grossesse neuf mois après l'accouchement ; évolution normale, mais il y eut des nausées et des vomissements pendant le premier mois. L'accouchement eut lieu à terme ; travail long et fort pénible ; enfant vivant et plus petit, au dire de la malade, que le premier. Délivrance naturelle ; cependant quatre à cinq heures après l'accouchement, au moment où on la transportait dans son lit, elle eut une forte perte qui, bien qu'arrêtée promptement, lui causa une profonde anémie. Le repos au lit n'excéda pas douze jours. La malade donna le sein à son enfant et pendant toute la durée de l'allaitement (18 mois) elle n'a pas de règles, contrairement à ce qui s'était passé dans son premier allaitement.

A leur retour les règles ont été régulières, durant cinq à six jours, peu abondantes, non douloureuses.

Pas de leucorrhée.

Antécédents pathologiques. — De bonnes santé habituelle, elle ne se rappelle pas avoir fait de maladies, sinon une fluxion de poitrine à l'âge de 12 ans qui guérit très bien.

Elle passa plusieurs années dans un état excellent de santé. Mais vers le commencement de l'an 1882, la menstruation, qui jusqu'alors avait été normale, est devenue pénible. Un jour la malade fut, sans cause appréciable, prise en marchant, à l'occasion d'un enterrement, d'une forte perte sanguine, qui dura sans discontinuation et d'une certaine abondance, trois semaines. Depuis lors on peut dire que la malade a été victime de véritables métrorrhagies. Elle avait un fort écoulement sanguin pendant quinze à vingt jours, puis cinq à six jours de repos relatif et l'hémorrhagie se représentait.

Cet état dura deux ans au moins, pendant lesquels elle a presque continuellement perdu du sang, rarement mêlé à de l'eau. Elle était devenue considérablement anémique ; elle maigrissait profondément, étant sujette à tous les troubles et malaises causés par les métrorrhagies continues et abondantes. Les pertes s'accompagnaient de douleurs abdominales et lombaires très vives.

Elle se décida enfin à consulter un médecin. Il lui ordonna des paquets d'ergot de seigle, du perchlorure de fer, le repos au lit que la malade garda pendant quinze jours. Après ce traitement elle se sentit pis ; elle perdait toujours plus abondamment ; les douleurs étaient très vives ; les forces diminuaient et l'état général s'aggravait.

Ce fut dans ces conditions que la malade se présenta à la clinique du Dr Apostoli.

Etat actuel (le 5 août 1884). — Femme grande, assez forte, au teint pâle, décoloré, très anémique. Se trouve en pleine hémorrhagie depuis le 10 juillet. Sa perte est incessante, jour et nuit, malgré le repos au lit qu'elle vient de garder pendant quinze jours et un traitement approprié, elle s'accroît par la marche ou la station debout.

Au palper on trouve un utérus considérablement augmenté de volume.

Au toucher on trouve un col entr'ouvert, permettant avec difficulté l'introduction de la pulpe de l'index et dont la cavité est remplie par un polype, résistant, fibreux, paraissant s'insérer au fond de l'organe. Ce polype, que l'on juge par son segment inférieur, dont l'index peut faire le tour, paraît être considérable. Son bord inférieur affleure à l'orifice du col sans le dépasser.

Hystérométrie 11 1/2.

Traitement. — 5 *août* 1884. — En l'absence du Dr Apostoli, son aide commence à soigner la malade et lui fait quelques séances de faradisation successives, au gros fil, qui n'amènent aucun résultat appréciable au point de vue de l'arrêt de l'hémor-

rhagie. La perte sanguine paraît, au contraire, s'être accrue sous cette influence. La malade suspend ses visites à la clinique pour aller à la campagne. A son retour elle revient chez M. Apostoli.

25 *octobre*. — La situation est la même qu'avant son départ. L'hémorrhagie n'a pas discontinué et la perte sanguine qui a débuté le 10 juillet dernier a continué sans interruption jusqu'à ce jour avec des oscillations toutefois dans l'intensité et s'accompagnant fréquemment de l'expulsion des caillots sanguins.

Le Dr Apostoli voit pour la première fois la malade et vu la gravité de la situation, il juge opportun, avant de tenter l'extraction du polype et d'exposer la malade par des manœuvres opératoires à un surcroît d'hémorrhagie, d'appliquer préalablement sur elle la médication hémostatique par excellence, qui, dans sa pensée, et d'après son expérience, devait avoir le double but d'arrêter d'abord l'hémorrbagie et ensuite de faciliter la dilatation utérine et l'expulsion spontanée du polype hors de l'utérus, en aidant son énucléation si elle n'était pas encore complète.

Voici le traitement qu'il appliqua et que je donne en *résumé* d'après le registre de la clinique.

1re Galvanocaustique chimique positive intra-utérine, 100 milliampères, pendant 5 minutes, faite en pleine hémorrhagie.

La sonde en platine, étant enfoncée jusqu'au fond de l'utérus, et étant dans toute sa longueur juxtaposée contre le polype.

L'opération a été bien tolérée ; la malade s'est reposée *pendant deux heures* à la clinique, puis elle est rentrée chez elle et dès le lendemain la perte s'est arrêtée.

Le 28. — L'hémorrhagie reste arrêtée et la malade se sent un peu mieux. Elle a moins de douleurs lombaires.

2e Galvanocaust. chim. posit. 100 milliamp., 5 minutes.

Le 30. — Il n'y a pas eu de réaction post-opératoire et l'amélioration a fait de rapides progrès. La malade ne souffre plus du ventre ; l'appétit est bon, le sommeil aussi ; l'état général se restaure.

Il y a aujourd'hui un peu de suintement sanguin sans importance.

9 *novembre*. — L'écoulement sanguin est supprimé.

3e Galv. posit. 100 milliampères, 5 minutes.

Le 15. — Ecoulement hydrorrhéique assez abondant. L'amélioration continue.

4e Galv. posit. 100 milliampères, 5 minutes.

Le 18. — Toute métrorrbagie reste supprimée.

Le 20. — Embarras gastrique avec état saburral de l'estomac, mais persistance de l'amélioration utérine.

5e Galv. posit. 100 milliampères, 5 minutes.

Du 22 novembre au 6 décembre on pratique 6 galvanocautiques chimiques positives, de 100 millampères, de la durée moyenne de 5 minutes et identiques aux précédentes.

9 *décembre*. — L'amélioration de l'état général continue. Elle perd un peu de sang depuis la veille ; sont-ce ses règles qui recommencent? On l'opère quand même.

12e Galv. posit. 100 milliampères, 5 minutes.

Le 13. — 13e *idem*. 100 milliampères, 5 minutes.

Le 16. — Les règles peu abondantes et sans douleurs les six premiers jours sont devenues, depuis l'avant-veille, un peu douloureuses.

Le 18. — Les règles sont terminées et avec elles sont disparues les douleurs. 14e Galv. posit. 100 milliampères, 5 minutes.

Le 20. — Bon état général. 15e *idem*.

Le 27. — Elle perd en petite abondance du sang depuis le 25, sans aucune douleur et sans être incommodée. 16e *idem*.

3 *janvier* 1885. — Quoique la perte se soit tout à fait arrêtée on la soigne quand même. 17e Galv. posit. 100 milliampères, 5 minutes.

Le 6. — Tout écoulement sanguin a cessé après la dernière opération. 18e *idem*.

Le 8. — 19e *idem.*

Le 15. — Elle vient d'être réglée du 8 au 13 janvier sans trop d'abondance et sans douleurs.

Le 17. — 20e *idem.*

Le 22. — Elle vient de perdre quelques caillots sanguins. 21e *idem.*

Le 24. — Se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le 27. — Les douleurs continuent avec un peu d'écoulement de sang.

22e Galv. posit. 100 milliampères, 5 minutes.

Le 31. — Elle va très bien. Tout écoulement a cessé. 23e *idem.*

5 *février.* — 24e *idem.*

Le 7. — 25e *idem.*

Le 12. — 26e *idem.*

Le 14. — Elle vient encore d'être régulièrement réglée du 7 au 13, sans douleurs et avec peu d'abondance. Cet écoulement menstruel apparaît ainsi depuis trois mois à jour fixe, avec une abondance qui va s'atténuant, ainsi que la dysménorrhée. Et, détail intéressant à noter, le traitement a été poursuivi régulièrement, sans aucune interruption, et sans aucun incident à signaler même pendant la menstruation.

Le 16. — 27e *idem.*

Le 24. — 28e *idem.*

Le 26. — 29e *idem.*

Le 28. — 30e *idem.* Elle continue à très bien aller et l'état général s'est considérablement restauré.

3 *mars.* — Nouvel écoulement sanguin qui vient de débuter sans douleurs; malgré cela, dans le but de favoriser plus activement la régression du polype, le Dr Apostoli pratique, aujourd'hui une première galvanopuncture négative, à l'aide d'un trocart en acier enfoncé de 2 centimètres au centre de la masse même proéminente du polype. Cette opération est plus douloureuse que les précédentes et est faite à 100 milliampères, pendant 5 minutes. Toute hémorrhagie cesse le soir même.

Le 7. — 2e galvanopunct. négat. toujours à une profondeur de 2 centimètres — 100 milliampères, 5 minutes.

Le 14. — 3e *idem.* Toujours suppression des hémorrhagies. Réglée du 7 au 12.

Le 17. — 4e *idem.*

Le 21. — 5e *idem.*

Le 24. — 6e *idem.*

Le 31. — 7e *idem.*

4 *avril.* — Depuis la dernière visite un travail considérable s'est accompli; le col s'est dilaté et effacé comme pour un accouchement imminent, avec vives douleurs et sans qu'il y ait eu aucune hémorrhagie; c'est un écoulement hydrorrhéique qui a remplacée.

L'index peut cheminer profondément entre la paroi utérine et le polype sans atteindre toutefois le pédicule de ce dernier.

Le 7. — L'écoulement hydrorrhéique a continué et même augmenté. Malgré cela l'état général est resté bon. L'appétit et la digestion sont excellents, et la marche n'est gênée que par la pesanteur occasionnée par ce corps étranger.

L'utérus a expulsé le polype et on le trouve aujourd'hui tout à fait extra-utérin, remplissant le vagin tout entier, comme une tête de fœtus presque à terme.

Le 8. — Le Dr Apostoli juge alors utile d'intervenir chirurgicalement. Section du polype à sa base d'implantation, située tout à fait en haut au fond de l'utérus, à l'aide d'une anse de galvano-caustique thermique. Pas d'hémorrhagie subséquente. La tumeur enlevée pesait 200 grammes. La malade reste alitée à la clinique ; pas d'accidents post-opératoires, pas de douleurs, pas de perte sanguine. Bon appétit, pas de fièvre et excellent état général.

Lavages antiseptiques fréquents.

Séjourne alitée à la clinique six jours ; puis elle rentre chez elle.

Le 14. — Elle va très bien. Depuis l'opération il n'y a eu ni fièvre ni aucun malaise.

Pour activer la régression utérine, on pratique alors une série de galvano-caustiques négatives intra-utérines.

1re galvano-caustique négative, 100 milliampères, 5 minutes. Rentrée chez elle, elle marche facilement et sans douleurs.

Le 18. — L'écoulement hydrorrhéique est peu abondant.

2e galv. nég. 100 milliampères, 5 minutes.

Le 25. — 3e *idem.*

Le 28. — 4e *idem.* Toujours absence de toute perte sanguine et bien-être absolu.

2 *mai.* — 5e *idem.* Poids brut de la malade 117 livres.

Le 16. — L'hystérométrie qui, immédiatement après l'opération était descendue à 6 centimètres (le 11 avril), est redevenue aujourd'hui de 9 centimètres. Ce fait qui paraît étrange *a priori*, doit tenir à ce qu'au moment de l'accouchement de son polype, il y a eu un certain degré d'inversion utérine qui a disparu au fur et à mesure que la restauration locale s'est faite.

2 *juin.* — 6e galv.-caust. nég. 100 milliampères, 5 minutes.

Le 30. — L'amélioration se maintient. Les règles qui ont apparu le 18 sont peu abondantes et sans aucune douleur.

7 *juillet.* — Leucorrhée abondante; se plaint de quelques douleurs dans le ventre.

Reprise des galvano-caustiques positives pour combattre la leucorrhée.

31e galvano-caust. positive 100 milliampères, 5 minutes.

8 *septembre.* — Hystérométrie, 9 centimètres.

22 *octobre.* — Elle se porte très bien. Son teint est devenu coloré et elle n'éprouve aucun malaise. La menstruation est régulière ; peu abondante, dure trois ou quatre jours sans douleurs ; absence de leucorrhée.

Elle a beaucoup engraissé.

1er *décembre* 1885. — Va mieux encore; elle pèse 137 livres. Elle se porte bien en tous points. Ses règles continuent régulières, faciles, peu abondantes.

La malade a été ensuite plusieurs fois revue en 1886 et 1887 ; rien à noter ; elle se porte toujours aussi bien que possible et a encore beaucoup engraissée ; elle pèse 148 livres.

25 *juin* 1888. — Je revois aujourd'hui moi-même la malade... d'autrefois ; elle nous assure qu'elle n'a absolument rien souffert depuis l'extirpation du polype. Nous ne trouvons rien d'anormal dans l'état général aussi bien que dans l'état local ; elle se sent complètement guérie et affirme qu'elle n'a jamais été aussi bien portante que depuis la guérison de son polype. Les règles sont très régulières, apparaissent tous les 10 de chaque mois, durant quatre à cinq jours assez abondamment sans aucune douleur. Très peu de leucorrhée.

N. B. — Cette observation a suggéré au Dr Apostoli les réflexions suivantes :

« 1° La longueur du traitement électrique de cette malade pourrait, peut-être, aux yeux d'un esprit prévenu, plaider contre la thérapeutique que je conseille, et solliciter le médecin à agir avec plus de rapidité en intervenant d'emblée chirurgicalement ; en dehors des périls auxquels pourrait exposer quelquefois une manœuvre trop hâtive, je puis retourner cette proposition, et déclarer que la *longueur* du traitement subi dans cette circonstance est sa meilleure justification. Si, en effet, une malade, porteur d'un polype fibreux qui détermine des hémorrhagies inquiétantes et incessantes depuis deux ans et demi, voit sous l'influence de mon traitement ses hémorrhagies

s'arrêter, sa santé générale se restaurer, son état symptomatique douloureux s'améliorer complètement, sa menstruation normale reparaître facile, régulière et peu abondante, et tout cela, malgré la persistance *in situ* du même corps étranger antérieur... Qu'est-ce à dire? Si ce n'est qu'il faut voir là la meilleure confirmation de l'*efficacité* de ma thérapeutique hémostatique, qui a permis dans le cas actuel à ma malade de vivre, du 25 octobre 1884 au 4 avril 1885, en bonne santé relative, sans être alitée et sans être autrement incommodée par son ennemi utérin. Le traitement a donc été doublement efficace ; son action hémostatique a été *rapide* et elle est restée *durable*.

« 2° Serait-il possible d'abréger le traitement, et d'accélérer son action hémostatique d'une part, et de l'autre son action expulsive du polype ? Je le crois, et c'est en cela que ma thérapeutique actuelle diffère aujourd'hui de celle que j'employais en 1884. J'ai comblé depuis lors deux desiderata en rendant l'action polaire *la plus intense* et *la plus complète* possible.

« *A*) J'ai augmenté l'*intensité*, soit *directement*, si elle est bien tolérée, en augmentant l'intensité générale du circuit, et c'est ainsi que je suis arrivé à des intensités variables suivant les cas de 150, 200, 250 et quelquefois aussi, mais rarement, de 300 milliampères.

« J'ai, de plus, proposé une méthode *indirecte* qui consiste (notamment dans les cas d'intolérance et dans ceux où il faut agir vite et avec plus de précision) à tourner la difficulté, et sans rien changer à l'intensité générale du circuit, à augmenter l'action topique locale, en *diminuant* la *surface de l'électrode intra-utérin*, ce qui veut dire en langage technique qu'on augmente sa *densité*. (Voir le *Médical Record* de New-York du 8 septembre 1888) (1).

« C'est dans ce but que j'ai fait construire des électrodes en charbon de cornue à gaz, mesurant 2 centimètres de long environ, que je porte d'emblée au fond de l'utérus, ou contre la surface d'implantation du polype, me réservant de varier successivement la position de l'instrument pour cautériser, place par place, toute la cavité intra-utérine.

« *B*) J'ai en outre pour rendre l'action topique locale *plus complète* et *plus égale* fait construire des électrodes en charbon de grandeur progressivement croissante, pour qu'ils puissent se mouler dans toute la cavité intra-utérine et la cautériser également, uniformément et complètement.

« 3° Pour justifier toute mon intervention électrique chez cette malade, qui se trouve identique dans tous les cas analogues, je dirai, une fois pour toutes, que le traitement se divise en deux pério-

1. Lecture faite à l'Association médicale britannique. Congrès de Glasgow. Août 1888.

des bien distinctes et indispensables ; l'une *curative* et l'autre *préventive*.

« La période *curative* est celle du début ; elle est destinée à arrêter l'hémorrhagie, à restaurer la femme et à solliciter l'utérus dans son travail d'expulsion pour préparer l'action chirurgicale.

« Ce traitement électrique *hémostatique* et *ocitocique* initial est timide, me dira-t-on, et répond mal aux conquêtes de la chirurgie moderne.

« Oui, j'accorde qu'un chirurgien expérimenté peut quelquefois passer outre, et ne pas s'accommoder des temporisations que je conseille ; mais avant tout j'ai pour but l'intérêt général de la malade et du médecin : de la *malade* d'abord, en lui assurant, quoi qu'il arrive, une immunité absolue, en lui évitant une opération, et en lui permettant de se guérir sans interrompre jusqu'à un certain point, ses occupations habituelles. — *Du médecin* ensuite, en permettant aux plus humbles et aux plus timorés de pratiquer eux-mêmes une intervention électrique efficace que *tous* pourront faire facilement et sans danger.

« Une fois l'accouchement du polype terminé, et sa section opérée, le traitement *complémentaire* ou *préventif* s'impose. Je sais bien que l'on pourra me dire que la régression ou l'involution utérine se suffit à elle-même ; dans beaucoup de cas, c'est vrai ; mais que de récidives ne voyons-nous pas, que de restaurations incomplètes, que de convalescences longues et laborieuses que nous pourrions éviter. Il suffit pour cela de savoir que tout fibrome et, *à fortiori*, tout polype intra-utérin se complique d'une *endométrite concomittante* qu'il faut soigner et guérir pour considérer la guérison comme un fait durable et accompli. Je considère donc comme un devoir, après l'action chirurgicale terminée, de faire un traitement électrique complémentaire, et c'est ce qui explique les sept galvano-caustiques qui ont été pratiquées dans la précédente observation pendant la convalescence de la malade ; ces galvano-caustiques intra-utérines ne sont autre chose qu'une sorte de *raclage galvano-chimique* destiné à assainir la cavité intra-utérine et à renouveler la muqueuse. »

Observation II

(Clinique du Dr Apostoli, inédite).

Jeanne Duru, 38 ans, ménagère, de Lille, habite Paris depuis quelques mois, 2, rue de l'Hôtel-de-Ville.

Se présente à la clinique du Dr Apostoli, le 26 juin 1888.

Antécédents. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires ; l'aînée de 13 enfants ; — père et mère bien portants. Réglée à 11 ans, régulièrement : 3 jours de durée — pertes doulonreuses le premier jour.

Trois accouchements.

1er à 20 ans }
2e à 26 » } normaux, à terme ; enfants vivants.
3e à 31 » }

Repos au lit de 7 à 8 jours ; suites de couches normales. Fausse couche de 3 mois, à 28 ans, sans cause appréciable, sans hémorrhagie.

La malade garda le lit pendant deux mois, mais non d'une façon continue, à cause d'une grande faiblesse et sans douleurs.

Bien portante jusqu'à il y a deux ans. Depuis lors les règles ont progressivement augmenté de quantité. Elle a eu pendant ce temps-là quatre métrorrhagies très abondantes de six à dix jours de durée avec caillots : la dernière a commencé le 7 juin dernier et a continué sans interruption jusqu'à aujourd'hui.

Etat actuel. — Le 2 juillet 1888. — Femme de taille au-dessus de la moyenne, bien constituée; a bien maigri; est très affaiblie, exsangue, anémique. Elle souffre de légères douleurs lombaires à chaque petite fatigue; règles régulières, abondantes avec caillots, cinq à six jours de durée, douloureuses le premier jour.

Beaucoup de leucorrhée continue.

7 juin dernier, à l'époque des règles, 5e hémorrhagie très abondante avec gros caillots, sans douleurs.

La malade est restée bien affaiblie; syncopes fréquentes pendant et après la perte; anémie profonde.

Examen local. — On trouve UN POLYPE FIBREUX, DÉBORDANT A PEINE L'ORIFICE UTÉRIN.

10 *juillet.* — La malade n'est pas revenue à la clinique depuis 8 jours. — Le soir du 2 juillet, après l'examen, elle perd du sang; la perte est peu abondante mais continue. Le 6 juillet cependant l'écoulement est très considérable avec quelques caillots et se maintient tel jusqu'à ce matin. En ce moment la perte est peu abondante, constituée par un liquide un peu sanguinolent. Elle n'a aucune douleur, mais elle est très affaiblie; l'anémie est plus profonde et ses troubles plus accentués. La malade n'a pas gardé le lit, mais elle a très peu marché, gardant le repos assise.

Le col utérin est contracté, le bord inférieur du polype au même niveau; impossible de faire pénétrer le doigt.

On commence, dans le double but d'arrêter l'hémorrhagie et d'amener l'expulsion extra-utérine du polype, les galvano-caustiques chimiques positives.

Traitement. — 10 juillet 1888. — 1re galvano-caustique positive, 120 milliampères, 5 minutes.

L'hystérométrie aujourd'hui est incomplètement faite; la sonde est enfoncée sur la paroi antérieure du polype à une profondeur de 5 centimètres seulement. L'opération a été bien tolérée.

Le 12. — La malade n'a pas perdu; le polype dépasse un peu l'orifice externe utérin, ce qui n'existait pas avant hier.

2e galv. caust. posit. 105 milliampères, 5 minutes.

Hystéromètre en charbon; l'instrument est introduit cette fois-ci, à près de 7 cent.; opération péniblement supportée, très peu d'écoulement pendant la séance.

Le 17. — La malade n'a plus perdu une goutte de sang depuis la première séance. Elle va mieux; elle a plus de force, meilleure mine. La situation locale paraît la même; le polype fait toujours issue à travers l'orifice entr'ouvert.

3e galv.-caust. posit. 120 milliampères, 6 minutes. Hystéromètre en charbon dont l'extrémité est fixée contre la base d'implantation du polype. L'opération est aujourd'hui beaucoup mieux tolérée.

Le 19. — A peine un suintement sanguin; pas de perte. La malade se sent plus de force; elle mange mieux et dort bien.

Le 21. — Le tampon vaginal est à peine mouillé de sérosité rosée.

L'orifiee de la matriee est plus béant, plus mou et plus lâehe. La tumeur est plus extériorée, débordant l'orifiee de trois à quatre eentimètres. Le doigt pénétrant à travers l'orifiee peut eontourner jusqu'en haut le polype qui se présente assez gros eomme un bâton de eloehe.

4e galv. caust. posit. 150 milliampères, 6 minutes.

Hystéromètre en ebarbon toujours appliqué sur le pédieule.

Le 24. — Pas de trace de sang; même situation loeale. A souffe.t les deux jours qui ont suivi l'opération dans les reins et dans le bas-ventre (d'habitude ne souffrait jamais). Aujourd'hui, les douleurs ont disparu et la malade se porte très bien.

Le 26. — Le polype est sorti eneore davantage.

Il n'y a pas eu trace d'bémorrbagie depuis la dernière opération et par eonséquent depuis le début du traitement.

5e galv. eaust. posit. 150 milliampères, 5 minutes, avee la sonde toujours appliquée eontre l'insertion du polype. N'a rien souffert. Elle se sent beaucoup mieux en tous points; elle est plus forte, elle mange bien et dort régulièrement.

Le 28. — Aueune traee de sang; elle est plus libre dans les mouvements et plus forte.

Le polype est eneore plus extériorė, et est presque tout entier sorti dans le vagin.

Chose eurieuse et des plus intéressantes à noter, eette femme qui ne pouvait plus faire aucun travail, depuis plus de *deux* ans, recommenee aujourd'hui à faire son ménage et à laver même son linge, à travailler en un mot, et eela en pleine période aetive du traitement éleetrique et malgré son polype.

Le 31. — La perte sanguine ne s'est plus manifestée depuis les deux premières galvano-caustiques.

Le bien-être général de la malade est eonsidérable. Elle est plus forte au travail et à la marehe ; elle est plus colorée, a meilleur teint; elle est plus alerte et plus gaie. Elle se sent, en un mot, renaître en ne voyant plus de sang.

Le polype est tout entier au debors de l'orifice utérin qui est mou, suffisamment dilaté et dilatable. Il est implanté au-dessus de l'orifice interne sur la faee antérieure.

Dans ees eonditions favorables, on opère l'ablation à l'aide d'une anse serre-nœud de Maisoneuve introduite dans la cavité utérine. Extraetion faeile, pas d'hémorrhagie post-opératoire, ni pendant l'aete opératif.

Immédiatement après l'opération, 6e galv.-eaust. posit. 150 milliampères, 5 minutes. Cette opération est faite dans un but préventif pour prévenir toute bémorrhagie subséquente et favoriser l'involution.

Après eette opération, on eonstate que le eol est fermé et ne permet plus l'introduetion du doigt pour arriver à l'origine d'implantation du polype.

Antisepsie rigoureuse avant, pendant et après l'opération.

La malade garde le repos absolu au lit pendant vingt-quatre heures *seulement.*

1er *août.* — La malade se porte très bien : elle quitte la elinique et rentre ehez elle à pied sans aueune diffieulté.

Le 2. — Aucune réaetion ; pas d'éeoulement par les organes génitaux. La malade se sent renaître de toutes façons.

Le 3. — Je quitte Paris aujourd'hui et je la revois avant mon départ; rien de nouveau ; ni fièvre, ni hémorrhagie. Elle se sent parfaitement guérie; les forees reviennent progressivement.

Le 15. — Je viens de reeevoir de ses nouvelles ; elles me eonfirment sa guérison parfaite et permanente.

Depuis lors j'apprends que la malade est partie pour Lille et qu'elle est en bonne santé.

Réflexions. — Les points intéressants à retenir de cette observation sont les suivants :

1° L'influence plus rapide et plus active du traitement électrique plus intense, tel que l'a récemment institué le Dr Apostoli, et qui s'est traduit ici par l'hémostase immédiate dès la première séance et l'accouchement rapide du polype.

2° L'absence de tout accident opératoire et la restauration rapide de la malade, même avant la section de son polype.

OBSERVATION III du Dr APOSTOLI (résumée).

Mme Cros, 35 ans, ménagère, habitant Paris, 78, avenue de Breteuil, primipare, eut un enfant à 18 ans.

Va consulter le Dr Apostoli en mai 1887 pour une dysménorrhée intense très ancienne, avec hémorrhagie, suivie de grande leucorrhée.

Etat général assez bon.

A l'examen local, rien d'anormal sur le col utérin ; il est un peu plus gros, dur et ferme.

Deux galvano-caustiques négatives, le 30 mai et le 2 juin 1887, à 150 milliampères pendant 5 minutes. Apparition consécutive d'un petit polype muqueux grand comme une petite amande.

20 *juin*. — 3e galvano.-caust. négat. *Idem*.

Le polype tombe ensuite avec l'escarre.

Amélioration immédiate et diminution de la leucorrhée. Disparition de la dysménorrhée les mois suivants.

5 *novembre*. — Retour de l'abondance menstruelle qui tient sans doute à l'insuffisance du traitement que la malade, se trouvant bien, a spontanément suspendu.

Le 19. — 1re galv.-caust. post. positive.

Va immédiatement mieux les jours suivants.

10 *décembre*. — La menstruation de décembre s'améliore et revient sans dysménorrhée. La leucorrhée a presque disparu.

1888. — La menstruation a toujours été normale, jamais plus de leucorrhée.

Depuis lors, la femme Cros se porte très bien.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette observation, quoiqu'elle appartienne à une malade peu gravement atteinte, réside tout entier dans ces faits :

1° *Rapidité* de l'action électrique, qui a fait presque immédiatement surgir hors de l'utérus un polype muqueux, et l'a fait tomber tout à la fois par voie d'escarre.

2° *Persistance* de l'action curative électrique qui, en débarrassant la femme de son petit polype, l'a tout à la fois guérie de sa leucorrhée, et surtout de sa dysménorrhée.

OBSERVATION IV du Dr APOSTOLI (résumée).

Mme C..., de Ferrières, demeurant 18, rue de Mabillon, à Paris, est adressée au Dr Apostoli, en octobre 1886, par le Dr Guerder.

Femme âgée de 37 ans 1/2 ; deux enfants ; atteinte d'hyperplasie utérine, simulant

un fibrome total interstitiel, avec hémorrhagies très abondantes et fréquentes depuis plusieurs années, qui ont résisté à tous les traitements classiques. Hystérométrie, 9 3/4. La sonde se meut difficilement dans un canal qui paraît tortueux.

Etat général mauvais ; facies cachectique; fatigue extrême, impossibilité absolue de travailler; marche difficile.

Du 26 octobre au 27 novembre 1886, on pratique dix galvano-caustiques positives intra-utérines a une intensité moyenne de 100 à 150 milliampères pendant 5 minutes chaque fois. Toutes ces opérations sont bien tolérées. Les hémorrhagies diminuent considérablement sans aucun incident opératoire, la femme sortant et se promenant dans l'intervalle des opérations.

L'état général s'améliore.

En décembre, le col, jusqu'alors fermé, s'entr'ouvre spontanément et le doigt reconnaît la présence d'un polype méconnu jusqu'alors.

Du 7 décembre au 3 janvier 1887 huit autres galvano-caustiques positives, identiques aux premières, sont pratiquées, la sonde étant appliquée jusqu'au fond de la cavité utérine ; pendant ce temps, la dilatation du col grandit progressivement. Le doigt peut pénétrer dans la cavité et circonscrire le polype qui paraît grand comme un gros œuf de poule ; on reconnaît de plus qu'il a une large base d'implantation et qu'il est sessile.

La malade, impatiente de retourner chez elle, sollicite une intervention finale immédiate.

Dans ces conditions, le travail de dilatation utérine me paraissant suffisant, dit Apostoli, et l'utérus ayant beaucoup fait naturellement pour l'expulsion spontanée de son polype, il me parut possible de céder aux prières de la malade et d'intervenir chirurgicalement.

En faisant l'exploration attentive avec la sonde j'ai pu constater que la moitié supérieure de la sphère du polype faisait corps avec la cavité utérine. Une simple section tranversale avec le serre-nœud ou une anse galvano-thermique eût été insuffisante. La dissection de la base d'implantation du polype s'imposait donc.

Pour y procéder il fallait introduire l'index tout entier et les plus grands ciseaux courbes dans la cavité utérine. Pour rendre cette manœuvre plus facile, je fis deux incisions du col et je procédai alors à la dissection minutieuse de toute la calotte supérieure du polype.

L'opération fut faite le 5 janvier 1887 avec la collaboration du Dr Baraduc qui pratiqua l'anesthésie.

Excellentes suites opératoires grâce à l'antisepsie constante.

Amélioration progressive très rapide et restauration symptomatique complète.

Depuis lors, la malade vient fréquemment à Paris et est suivie et observée régulièrement tous les mois; de janvier 1887 à janvier 1889 il n'y a plus eu une seule hémorrhagie; la menstruation a été régularisée, facile, peu abondante, durant quatre jours en moyenne. La malade est engraissée, le teint assez coloré et depuis son opération sa santé est restée parfaite, sans leucorrhée et sans aucun malaise abdominal.

Réflexions. — Cette observation rentre dans le cadre des actions thérapeutiques habituelles provoquées par l'électrolyse: Arrêt des hémorrhagies et expulsion d'un polype méconnu antérieurement. Ces effets ici ont été relativement rapides, et, comme toujours, on a pu constater ce fait, du plus grand intérêt, qui consiste dans la restauration de la malade au cours du traitement électrique, et même avant l'excision du polype.

OBSERVATION V (résumée.)

Dr Holland. The Hospital for Women. Soho Square. (*British medical journal*, 7 janvier 1888, p. 20.)

R. C..., âgée de 36 ans, fut admise à l'hôpital pour une hypertrophie totale de l'utérus. La tumeur arrivait jusqu'à l'ombilic, s'étendant de 5 pouces à droite et de 3 pouces 1/2 à gauche de la ligne médiane.

L'utérus était fixé à droite par des adhérences anciennes.

La sonde utérine pénétrait à une profondeur de 6 1/2 à 7 pouces (de 16 à 18 centimètres).

R. C... a eu sept enfants. Elle a eu des ménorrhagies et des hémorrhagies utérines intercurrentes pendant deux années. Elle était très anémique et débilitée.

On commence le traitement électrique le 22 juillet 1887 et on emploie le courant continu de 50 à 300 milliampères. L'électrolyse fut pratiquée huit fois à quatre jours d'intervalle, de dix à douze minutes chaque séance. On avait commencé avec la galvanocaustique chimique négative, l'hémorrhagie persistant, on fait une galvanocaustique positive avec des résultats hémostatiques réels. En effet, une seule séance suffit pour arrêter complètement l'hémorrhagie.

La masse abdominale diminua graduellement, mais après la dernière électrolyse (du 22 août), la malade eut un mouvement fébrile : température 102° F. (36° 4). La température oscilla pendant dix jours entre cette limite et 99° F.

Il se manifeste une sécrétion vaginale peu abondante, mais de très mauvaise nature, fétide, en même temps qu'on remarque une mollesse abdominale sur la région où on avait noté la présence de la tumeur. Il y a des douleurs abdominales.

Le 4 septembre les douleurs devinrent plus vives, la malade les compare aux douleurs d'accouchement et une grande masse globulaire fut trouvée à travers l'orifice utérin descendant dans le vagin. Le lendemain cette masse, appartenant à la portion gauche de la tumeur, fut enlevée par des applications sucessives de l'écraseur. Cette masse était entièrement nécrosée.

Le 6 septembre la température monta de nouvau à 104° F, et demeura à ce degré jusqu'au 8, jusqu'au moment où une autre masse se présenta à l'orifice utérin. Elle fut enlevée aussi par l'écraseur.

Il s'agissait cette fois-ci de la portion droite du fibrome, la portion principale, originaire. Elle était tout aussi gangrenée que la première. L'examen local démontra que toute la tumeur avait été expulsée.

La température descendit graduellement.

La femme était en pleine convalescence le 15 septembre. L'utérus ne se sentait presque plus au-dessus du pubis ; la sécrétion était modérée et sans odeur et la malade ne ressentait plus de douleurs.

Depuis le début du traitement jusqu'à la convalescence il s'était écoulé cinquante-cinq jours.

RÉFLEXIONS. — Il est possible, il est même probable, comme l'a fort judicieusement fait observer le professeur *Playfair* (voir *British médical journal* du 14 janvier 88, page 102), que des fautes opératoires ont été commises pour expliquer cette attaque de septicémie survenue dans le cours du traitement, au moment de la libération du fibrome intra utérin.

On a appliqué en effet des galvano-caustiques *négatives*, *à trop hautes doses*, *trop souvent répétées*, sans tenir compte de l'*intolérance*

qu'a manifestée la malade dès la deuxième séance (comme le mentionne l'observation complète insérée dans le *British medical journal*). Peut-être a-t-on commis aussi, au début du traitement, quelques fautes dans les soins antiseptiques si indispensables.

Observation VI (résumée).

(Annali di ost e ginee. Aprile 1888, n° 4, p. 170.)

On amène à la elinique de gynéeologie de Florenee, le 9 janvier 1888, Virginie Pierani, mariée, 39 ans, paysanne, de Santa-Croee sul l'Arno.

Réglée pour la première fois à 13 ans, et toujours ensuite régulièrement en qualité. quantité, durée et période de retour. Cet état dura jusqu'en 1884.

Cinq grossesses normales ; aecouchements à terme, naturels ; le dernier en 1878. Enfants vivants élevés au sein maternel pendant seize à dix-sept mois. De bonne santé habituelle, peut toujours travailler.

A partir de déeembre 1884, la menstruation eommença, sans cause appréeiable, à devenir très abondante et douloureuse. Les pertes, régulières eomme période de retour, duraient huit jours. Les douleurs qui siégeaient au bas-ventre se manifestaient un jour après le commencement de l'éeoulement et se terminaient deux à trois jours avant sa fin.

Légères au eommencement, les douleurs deviennent ensuite très vives au point d'obliger la malade à s'aliter pendant la période menstruelle. De plus, pendant ce temps-là, la fonetion urinaire était difficile et au moment de son entrée à la elinique, la malade a dû être sondée. La douleur au bas-ventre devient ensuite eontinue, augmentant à la palpation ; il y avait aussi des douleurs dans la région des reins et de la pesanteur à la région anale.

Hémorrhagies avee caillots entre une menstruation et l'autre et avee douleurs, de façon que la Pierani garde le lit depuis deux mois. Pas de leucorrhée, eonstipation opiniâtre.

On examine le femme pour la première fois le 13 janvier. Elle est de pauvre eonstitution, maigre, faible, anémique.

Au palper les douleurs abdominales s'exaspèrent.

Au toucher on trouve le eol utérin plutôt gros, en antéversion ; l'orifiee externe un peu béant. L'utérus est beaucoup volumineux, dur, en rétroversoflexion au 3e degré.

Au spéculum on voit le eol utérin gros, congestionné ; il y a par l'orifiee externe un petit éeoulement sanguin.

Hystérométrie, 13 centimètres.

On pose le diagnostic suivant : *Rétroversoflexion au 3e degré, par fibrome de la paroi postérieure de l'utérus.*

On injecte dans l'utérus de la teinture d'iode pour arrêter l'hémorrhagie ; on l'arrête. On eherehe à redresser l'utérus avec des manœuvres manuelles et on ne peut pas, étant très douloureuses ; on réussit avee la position horizontale inclinée gardée par la malade pendant trente-cinq jours.

A partir de ee moment l'état de la malade s'améliora beaueoup.

Au second examen on trouve sur le fond de l'utérus une tumeur grosse eomme une orange.

La menstruation survenue fut assez abondante, mais avee de grandes souffrances.

Le professeur Chiara voulut expérimenter l'éleetrolyse avee la méthode Apostoli.

On fait, du 14 au 22 mars 1888, *trois* galvanocaustiques positives, de l'intensité

de 80 à 85 milliampères, pendant 10 minutes chaque, par séance, sans provoquer de très vives douleurs.

Le soir du même jour où la dernière électrisation a été pratiquée, commença la menstruation, assez régulière, moins abondante que les précédentes, sans caillots, mais accompagnée toujours par des douleurs.

Le 28 la menstruation était finie, mais les douleurs augmentées ; la malade les comparait aux douleurs d'enfantement.

Le lendemain on veut pratiquer une autre galvano caustique, mais avant de procéder à cette opération, on examine l'utérus.

On trouve que le col est effacé et l'orifice de l'utérus dilaté de deux centimètres environ.

On constate alors à travers cette dilatation l'existence d'un polype fibreux, assez dur, à couleur grisâtre.

Le doigt poussé dans la cavité utérine, trouve que la tumeur est implantée avec une large base sur les faces antérieure et latérale droite.

Au lieu de continuer l'application électrique on administre de l'ergot de seigle.

Le 30 au matin la dilatation était de 4 centimètres environ et l'on estime bon d'intervenir par l'extirpation de la tumeur qui était plus extériorée.

On extrait en effet avec assez de facilité une tumeur de forme ovale, grosse de 250 grammes. Pas d'hémorrhagies post-opératoires.

La cavité utérine examinée, on trouve qu'une petite portion de la tumeur est restée adhérente à l'organe. Antiseptie rigoureuse.

Malgré cela,le lendemain élévation de température : 39° C., précédée de frissons, due certainement à la nécrose des petits lambeaux de tumeurs restés adhérents à la matrice. A la suite d'injections vaginales faites avec de la liqueur de Van Swieten, la température tomba à l'état physiologique.

L'utérus s'est immensément réduit et la Pierani quitta bientôt la clinique parfaitement guérie.

Elle porte cependant une autre petite tumeur au fond de l'utérus, dont on pense la débarrasser plus tard en appliquant à nouveau la méthode Apostoli.

Réflexions. — Le professeur *Chiara* a manqué ici de confiance absolue dans le traitement électrique, en ne l'appliquant pas, d'abord dès le début, — *à la place de la teinture d'iode* pour arrêter l'hémorrhagie, et plus tard, une fois le polype diagnostiqué, — *à la place de l'ergot de seigle* pour favoriser son expulsion plus rapide.

Observation VII.

(Communication orale du Dr Mori.)

Femme de 35 ans, ménagère, bien conformée et de bonne santé habituelle.

Plusieurs enfants; accouchements à terme et spontanés.

Souffre depuis plusieurs années ; atteinte d'hémorrhagies utérines abondantes fréquentes, presque continuelles.

Excessivement faible et maigre, profondément anémiée, cette femme se trouve dans un état général très grave ; toute fatigue est impossible ; la marche est très difficile, par l'extrême faiblesse.

A l'examen local on ne trouve rien sur le col qui est un peu plus gros que normalement et dur ; l'orifice est fermé, d'où il s'échappe un léger écoulement sanguin. L'utérus tout entier paraît augmenté de volume.

On pose cependant le diagnostic de *fibrome probable de l'utérus.*

On avait essayé *de tout* sans avoir pu obtenir aucune amélioration. L'hémorrhagie continue toujours et l'état général de la malalade empire.

On fait des applications d'électricité avec l'ancienne méthode *Ciniselli.*

Dès les deux premières séances, la perte diminue sensiblement d'abord et puis s'arrête.

A la cinquième l'on s'aperçoit que le col de l'utérus est devenu mou et il commence à s'effacer en même temps que l'orifice s'entr'ouvre.

En continuant les applications électriques on trouve une tumeur descendue déjà dans la cavité vaginale, assez grosse et dure unie encore à l'utérus par un pédicule.

On l'extirpe sans inconvénients.

La femme, qui n'avait plus eu d'hémorrhagies, guérit parfaitement et elle quitta l'hôpital dans de bonnes conditions de santé générale.

Le Dr Mori a plusieurs fois revu depuis la malade et l'a toujours trouvée très bien portante.

Réflexions. — Il est regrettable que l'intervention électrique que l'on a appliquée ici ne soit pas plus explicite, au point de vue de son dosage et de sa localisation, mais le fait de son efficacité n'en subsiste pas moins, et s'ajoute à l'actif de la thérapeutique électrique que conseille le Dr Apostoli.

Observation VIII

(Personnelle, inédite) (1).

N. L..., de Milan, demeurant à Rome, 24 ans, femme de ménage, me consulte pour une hémorrhagie ancienne, le 7 décembre 1888,

Antécédents. — Issue de parents bien portants, rentiers.

Aucune tare héréditaire.

Menstruée pour la première fois à 14 ans, elle a toujours vu, ensuite, régulièrement chaque mois ; pertes peu abondantes, pas douloureuses, sans leucorrhée.

Mariée à 19 ans, elle eut, sans cause appréciable, une fausse couche de quatre mois environ, immédiatement après le mariage. Expulsion du fœtus normale mais délivrance artificielle (introduction de la main dans la cavité utérine de la part d'une sage-femme, une demi-heure après la sortie du fœtus et arrachement de l'arrière-faix). *Pas d'hémorrhagie avant la délivrance*, mais assez forte après.

Arrêt de l'hémorrhagie à l'aide de compresses froides sur le ventre.

Suites de couches pathologiques ; il y eut quelques jours de fièvre.

Repos au lit dix jours seulement.

Elle quitta le lit encore pâle et très affaiblie perdant toujours du sang mêlé à de l'eau.

Cet état de choses se poursuivit pendant plusieurs mois.

L'utérus resta gros ; la malade l'a pendant longtemps senti au-dessus du pubis, dit-elle.

Après sept à huit mois de ces pertes continues, elle note un arrêt dans l'écoulement sanguinolent. Les menstruations successives se présentèrent un peu plus régula-

1. Cette observation qui n'a pu, naturellement, être communiquée au congrès gynécologique, de Naples, tenu en septembre 1888, dans lequel j'ai lu ce mémoire, me vient maintenant bien à propos pour l'ajouter aux sept précédentes. Elle me paraît très intéressante et je la donne résumée.

risées, durant trois jours, s'accompagnant cependant de petits caillots et de douleurs lombaires très vives. Cet état dans la fonction menstruelle dura quatre mois.

Depuis, il y a aujourd'hui trois ans environ, l'écoulement menstruel s'est présenté chaque mois, progressivement, de plus en plus en avance et avec une augmentation dans la durée et dans la quantité de la perte sanguine.

A l'écoulement menstruel, mêlé de caillots, qui dura dans ces derniers temps jusqu'à dix jours, fait suite, depuis une année environ, un écoulement blanc — une véritable leucorrhée — qui occupe complètement les intervalles des règles.

A cause de l'extrême faiblesse et de la profonde anémie consécutives à ces pertes continues, ainsi qu'aux douleurs dans la région des reins et de l'abdomen, la malade garde le lit depuis plusieurs mois dans un état de prostration extrême.

Elle a consulté plusieurs médecins qui lui ont prescrit des traitements généraux et locaux : toujours sans succès.

État actuel. — (Le 7 décembre 1888).

Femme de taille moyenne, de bonne constitution ; n'a jamais été malade avant son mariage. Ses souffrances datent de son avortement.

Elle est en ce moment extrêmement faible et anémique au dernier degré ; on trouve tous les signes et les troubles généraux des métrorrhagies profuses et continues. Facies cachectique. La malade gît au lit avec le dos courbé en avant et les membres inférieurs fléchis sur le tronc. Les causes de cette position sont les douleurs très vives qu'elle accuse dans la région des reins et souvent dans le bas-ventre. Tout mouvement de corps est fort pénible.

L'état général de la malade est très grave et il deviendrait menaçant si d'autres pertes se produisaient.

Examen local. — Le palper est douloureux ; la malade se plaint à chaque légère pression. On trouve une masse énorme qui remplit l'excavation du bassin et remonte presque jusqu'à l'ombilic.

Le toucher nous montre le corps de l'utérus considérablement augmenté de volume — ressemblant à une tête de fœtus à terme — occupant tout le petit bassin et légèrement en rétroversion.

La face postérieure de l'organe est dure avec une superface inégale. Pas de douleurs très vives sur toute l'étendue du champ d'exploration vaginale.

On ne sent pas les annexes.

Le col de l'utérus est dur, ferme, tiré un peu en haut et en avant derrière la symphyse.

L'hystérométrie, faite un peu péniblement, donne, après plusieurs tâtonnements 14 centimètres.

Il existe un écoulement sanguin abondant, continu provenant de l'utérus : on est dans la période hémorrhagique ou menstruelle.

Diagnostic. — Fibrome de l'utérus et — vu surtout le caractère hémorrhagique du néoplasme — probablement, pédonculé.

Pronostic. — Grave, si l'on doit intervenir chirurgicalement ; bénin, au contraire, en traitant la malade avec la galvano-caustique — méthode Apostoli.

Traitement. — Devant une pareille gravité, je conseille l'électrolyse, la plus petite opération chirurgicale, ne me semblant pas prudente et justifiée. Je me décide à pratiquer la galvano-caustique dans le double but, indiqué par Apostoli, de tâcher d'arrêter d'abord l'hémorrhagie, de donner le temps à l'organisme de se restaurer un peu et de favoriser ensuite l'expulsion spontanée du fibrome.

La plus rigoureuse antisepsie du vagin est immédiatement pratiquée et le lendemain matin 8 décembre, je fais la 1re galvano-caustique chimique positive,

120 milliampères, 7 minutes, en plein écoulement sanguin. Opération bien tolérée, La malade reste naturellement au lit.

Le 8 *au soir*. — Deux à trois heures après la séance, l'écoulement sanguin est d'abord considérablement augmenté, puis il diminue. Petites contractions utérines.

Le 9, *matin*. — Nuit calme, la malade a dormi quelques heures ; l'écoulement est, après l'expulsion d'un caillot, diminué davantage. Le palper abdominal est moins douloureux ; par de réaction post-opératoire.

Le 9, *soir*. — La malade est un peu satisfaite, elle souffre moins et me demande avec insistance une autre séance. Vu l'absence de toute réaction et pour seconder les bienfaits de la première, je fais la 2e galvano-caustique positive, 150 milliampères,7 minutes,bien tolérée. La sonde n'entre dans la cavité utérine que de 7 centimètres environ.

Le 10, *matin*. — Nuit tranquille, sommeil prolongé, restaurateur. La malade a la figure épanouie. Elle me serre fortement la main en me remerciant pour le soulagement apporté.Elle ne souffre guère du ventre ; peut allonger les membres inférieurs et se tourner dans le lit.L'écoulement sanguin est de beaucoup diminué. L'appétit se réveille et la malade mange un peu.

Soir. — La perte se maintient en très petite quantité ; pas de caillots, mais un écoulement sanguinolent. L'infirme se sent renaître ; elle a plus de forces et est plus libre dans les mouvements du tronc. Bonne mine.

Le 11, *matin*. — La malade a passé une très bonne nuit presque toujours en dormant. A partir de minuit n'a plus perdu de sang.

Le palper est tolérable ; on remarque davantage maintenant la masse utérine.

Au toucher je trouve le col de l'utérus très mou. Cela me confirme dans l'idée qu'il peut s'agir d'un polype et qu'il faut favoriser son expulsion en augmentant la dose et la durée de la galvanisation.

3° Galvano-caustique positive, 150 milliampères, 10 minutes, bien tolérée.

Soir. — Tout va bien ; l'amelioration se maintient; plus de perte, pas de douleurs.

La malade est gaie et commence à reprendre un peu de forces.

Le 12, *matin*. — L'amélioration générale progresse toujours. Deux petites taches pendant toute la nuit; la malade est heureuse par le fait de l'arrêt de la perte sanguine. La malade sent grand appétit, elle mange bien. Le moral est relevé, les forces sont augmentées.

Soir. — La malade a voulu se lever pendant deux heures, est restée assise après avoir fait un tour dans la chambre, avec la plus grande satisfaction. Les mouvements sont libres, elle se sent tout à fait dégagée dans le tronc. Je lui défends de quitter encore le lit pendant quelques jours, craignant le retour de l'hémorrhagie.

Le 13, *matin*. — L'état général est sensiblement amélioré: plus de pertes.

4° Galvano-caustique positive, 150 mil. 10 min. bien tolérée.

Rien de changé dans l'état du col utérin, sinon une mollesse plus manifeste.

Soir. — Quelques heures après la séance la malade a été prise de contractions utérines douloureuses ; elle a eu, en outre, un gros jet de sang dans le vagin.

Les douleurs se continuèrent dans l'après-midi, on vint me chercher craignant quelque chose de grave, mais je n'ai pu voir la malade que dans la soirée. A mon arrivée les contractions sont très fortes. Le col de l'utérus est effacé et l'orifice dilaté de 4 à 5 cent. environ. Une masse dure et lisse s'engage à travers l'orifice dilatable. Poussant le doigt dans la cavité utérine, je puis contourner la tumeur jusqu'à une certaine hauteur. Je n'arrive pas à l'insertion. La portion du néoplasme examinée, me donne l'idée qu'il doit être formé par deux masses surposées l'une à l'autre, unies par un collet.

Je tranquillise la malade et je lui prédis qu'elle va accoucher d'une tumeur.

La femme est un peu fatiguée et inquiète.

Le 14, *matin*. — La nuit a été quelque peu agitée. Facies contracté, agitation de

la malade très grande. Il y a eu des contractions douloureuses pendant toute la nuit. La tumeur est plus extériorée; elle est comme étranglée par l'orifice utérin. J'aperçois avec le doigt dans la cavité, une grande masse, unie à celle déjà sortie par un gros collet : tumeur à forme de sablier.

Pas de sang.

Administration d'ergot de seigle qui n'a pas été toléré.

Dans l'après-midi les contractions ont repris une intensité très vive, véritables contractions expulsives, comme pour un accouchement. Expulsion d'une énorme masse fibreuse de l'utérus quelque temps après.

Ecoulement abondant d'un liquide rougeâtre et fétide.

Je trouve le vagin fortement distendu, rempli par le néoplasme. Impossibilité d'introduire la main pour examiner l'état du pédicule. Ne voulant pas exercer de tractions sur la tumeur afin d'éviter toute violence ou l'inversion de la matrice, j'enlève avec deux coups de ciseaux la première portion et morcelle une grande partie de la seconde.

Irrigations antiseptiques vaginales.

Pas d'écoulement sanguin.

La malade est tranquille et souffre très peu ; elle n'est pas chloroformisée.

La masse fibreuse qui reste dans la vagin, est adhérente à la matrice par un pédicule assez court et gros. Elle s'implante sur la face postérieure, inférieurement de l'organe.

J'enlève une autre portion du néoplasme et trouvant quelques difficultés, c'est-à dire n'ayant pas sous la main une anse métallique, je sectionne le pédicule à petits coups avec les ciseaux courbes de Dubois, comme dans l'embryotomie.

Petite quantité de sang après l'opération.

Injection au sublimé, au 1/2000, intra-utérine, très chaude (40 c.), assez abondante.

Examinant la cavité utérine, on trouve facilement la surface du pédicule sectionnée. Pas d'autres noyaux de fibromes. L'organe est mollasse ; il existe une petite déchirure à droite sur le col.

5e Galvano-caustique positive, 150 mil. 5 min. Je porte l'électrode sur la surface d'implantation.

Irrigation antiseptique intra-utérine ; tampon iodoformé dans le vagin.

Repos absolu de la malade au lit.

Dans la soirée. — La malade se porte fort bien. Elle est tranquille, pas de réaction fébrile.

Le 15, *matin.* — La malade a pris dans la nuit assez de repos ; elle est calme, cependant la température marque 37,9.

Injection antiseptique chaude et tampon iodoformé.

Soir. — Pas d'hémorrhagie. J'enlève le tampon, il est à peine souillé.

La malade est bien tranquille ; a bien mangé.

Le 16, *matin.* — Bonne nuit que la malade a passé toujours en dormant.

Les parois abdominales sont un peu douloureuses sous la pression.

Pouls normal, température 37,4.

Calme absolu de la malade ; bon appétit.

Je prescris un traitement tonique.

. . . .

Je coupe ici cette observation n'ayant, dans ce travail, d'autre intérêt que le fait de l'expulsion spontanée du fibrome sous l'influence de la galvanocaustique chimique, méthode Apostoli. L'observation *in extenso* sera publiée dans un autre travail.

J'ajoute seulement pour le moment, que la malade se porte jusqu'à ce jour, janvier 1889, aussi bien que possible, l'amélioration générale et locale se continuant d'une façon constante et régulière.

Les diverses parties de la tumeur enlevée, réunies figurent un sablier double, formé par deux masses, une plus petite et l'autre plus grande.

Le fibrome entier pèse 1320 grammes.

Les huit observations que je viens de rapporter me semblent parfaitement concluantes, et prouvent que l'élimination, ou mieux l'accouchement, de certains fibromes utérins peut se faire spontanément sous l'action de l'électricité.

En effet, voici huit malades qui se présentent dans un état plus ou moins grave. Qu'ont-elles? Pour six, personne ne le sait, car il n'y a aucun signe qui nous permette de poser d'emblée un diagnostic précis de fibrome plus ou moins libre dans la cavité utérine.

Et pourtant, il faut intervenir; comment?

Quelle que soit l'intervention chirurgicale elle peut quelquefois aggraver l'état de la malade. Et puis, intervenir contre quoi? Serait-il prudent d'ouvrir l'utérus pour entrer dans sa cavité et l'explorer? et d'ailleurs, le fibrome peut au début ne pas être libre, et l'on se trouve souvent en présence d'un fibrome qui, tout d'abord, est *interstitiel* et qui peu à peu va devenir sous-muqueux.

Je ne crois pas que la laparotomie utérine exploratrice soit une opération que l'on puisse recommander comme une opération de choix.

Dans ces conditions, le seul moyen héroïque et utile dans le double but d'arrêter l'hémorrhagie — le symptôme le plus dangereux — et de tenter de débarrasser l'utérus de son polype, ou de favoriser simplement son extirpation est l'électricité, qui constitue le moyen le plus puissant dans le traitement symptomatique constant et puis, souvent aussi, curatif des fibromes utérins.

Je ne puis donc qu'approuver l'opinion d'Apostoli qui a bien voulu me remettre la note suivante :

« Dans le traitement des fibromes utérins l'électrolyse les *guérit symptomatiquement* — *éclaire souvent le diagnostic* — *et devient quelquefois le meilleur auxiliaire de la chirurgie*. Je justifie ces trois propositions :

« 1° La première a reçu de tous les côtés, par des milliers de réponses uniformes, sa confirmation éclatante qui suffit à sa démonstration ; inutile donc d'insister.

« 2° La seconde présente un fait nouveau sur lequel j'ai appelé le premier l'attention, il y a plusieurs années, à ma clinique et dans mon enseignement.

« En présence d'une femme que nous voyons pour la première fois, si le diagnostic de fibrome s'impose, d'un autre côté sa disposition *topographique* donne souvent lieu à des difficultés multiples d'interprétation. — Est-il uniquement sous-séreux — sous-muqueux

— ou interstitiel ? — Présente-t-il, au contraire, à la fois, l'une et l'autre de ces dispositions topographiques? Il est souvent bien difficile, même après l'examen le plus minutieux de se prononcer. Que fait alors l'électrolyse ? Elle aide souvent et accélère l'effort naturel des fibromes qui, par leur évolution même, ont une tendance à se libérer la paroi utérine dans laquelle ils sont nés, et où ils ont été primitivement enclavés, pour se porter au dehors, soit vers le péritoine, soit en dedans vers la muqueuse, dans la cavité même utérine.

« L'électrolyse fait plus encore ; assez longtemps appliquée, elle continuera la marche de sa libération, dans le cas de polype, par exemple, en aidant l'utérus dans son accouchement ou sa délivrance spontanée. — Le col deviendra mou, s'effacera, et s'ouvrira ; le polype tombera peu à peu dans le vagin en se pédiculisant progressivement.

« Tel cas qui, au début, était d'un diagnostic difficile ou douteux, s'éclairera donc souvent, par la suite, sous l'influence de ce traitement.

« 3° J'affirme en troisième lieu que le traitement électrique que je conseille est destiné, bien des fois, à devenir le meilleur auxiliaire de la chirurgie.

« *A)*. En transformant un grand nombre de fibromes primitivement interstitiels, en sous-séreux, ou sous-muqueux, plus ou moins pédiculisés, et justiciables, par conséquent, d'une intervention chirurgicale plus facile.

« *B)*. En permettant au chirurgien de choisir son heure et le moment le plus favorable pour son intervention; transformant en un mot une opération dite, à tort, de nécessité, en une opération de choix.

« Ainsi, si une femme se présente à nous dans un état d'hémorrhagie profuse, se compliquant de phénomènes graves d'anémie aiguë, je conseille de ne faire aucune intervention chirurgicale immédiate, même si elle s'adresse à un polype facilement accessible, — arrêtez d'abord l'hémorrhagie — restaurez la femme, par un traitement électrique approprié, et l'extraction ultérieure sera plus sûre et plus bénigne de toute façon — soit pendant l'opération en évitant un surcroît d'hémorrhagie — soit ultérieurement, en rendant la convalescence plus rapide et plus complète. »

Les huit observations qui précèdent se passeraient donc à vrai dire de tout commentaire ; toutefois, sans avoir l'intention d'entrer dans de longues considérations aujourd'hui, je ne puis m'empêcher d'en faire quelques-unes sur les trois points suivants et cela très sommairement :

1° *L'électrolyse, est-elle réellement impuissante ?*
2° *Est-elle dangereuse ?*
3° *Vaut-elle moins que les autres méthodes ?*

Passons-les brièvement en revue.

1° L'ÉLECTROLYSE EST-ELLE IMPUISSANTE ?

On a fait plusieurs reproches à la méthode Apostoli, celui entre autres, qu'elle a peu d'influence dans le traitement des fibromes utérins. Mais la critique est assurément de parti pris.

Dans un travail important qui vient de paraître, le Dr Secheyron (1) consacre, dans une critique sur les différentes méthodes qui ont pour but la guérison, d'une façon ou de l'autre, des fibromes de l'utérus, un paragraphe à l'électrothérapie.

Je suis parfaitement de son avis en ce qui concerne dans l'emploi de l'ergotine dans le traitement des fibromes ; elle a fait son temps.

La méthode d'Hildebrant de Kœnisberg, en effet, basée sur les injections sous-cutanées d'ergotine, faites tous les jours ou tous les deux jours ne fait pas disparaître les fibromes ; elle les diminue seulement quelquefois, mais très rarement ; elle n'arrête pas, dans l'immense majorité des cas, et c'est ce qui m'intéresse le plus à faire ressortir, l'*hémorrhagie*, le symptôme le plus dangereux. J'ai vu chez M. Apostoli plusieurs malades atteintes de petits et de grands fibromes utérins et sujettes à des hémorrhagies épouvantables qu'on n'avait pas pu arrêter avant leur entrée à sa clinique avec les injections sous-cutanées d'ergotine. Une, entre autres, en a eu une à deux par jour, pendant trois ans et demi ; elle avait la peau de l'abdomen marmorisée, sans que l'hémorrhagie s'arrêtât d'une façon satisfaisante et définitive. Elle s'est présentée à la clinique du Dr Apostoli dans un état de profonde anémie, avec des troubles généraux alarmants. Maintenant, après quelques mois seulement de traitement électrique, elle se porte beaucoup mieux ; les forces reviennent, elle commence à reprendre un teint coloré, un certain degré d'embonpoint, l'hémorrhagie ayant cessé d'une façon presque absolue dès les premières séances.

Je tombe d'accord avec Secheyron sur la critique qu'il fait à l'hystérectomie abdominale et à la castration, mais je crois qu'il a tort d'en faire autant avec l'électrolyse.

Il n'a jamais fait une seule application d'électrolyse — il n'a jamais suivi une seule malade traitée par la galvanocaustique — et alors que, pour pouvoir se former une opinion personnelle bien arrêtée il faut avoir soigné un grand nombre de malades, lui (M. Secheyron) qui n'a aucune expérience propre, juge quand même *in verba magistri !*

« Le jugement d'un maître de grand sens pratique, de Gallard, dit Secheyron, est que le traitement électrique a donné lieu à de

1. *Loco citato.*

grandes illusions qu'une plus longue expérience ne tardera pas à faire évanouir. »

Qu'est-ce à dire et que vaut cette opinion (d'ailleurs sans importance) puisqu'elle est antérieure à la découverte d'Apostoli ?

Toute sa conviction se manifeste par ces mots : « Nous n'oserions pas être si affirmatif que M. le Dr Apostoli » lorsque celui-ci constate les brillants résultats obtenus par l'électrolyse et son innocuité parfaite. Le doute de Secheyron ne me paraît pas une des meilleures raisons scientifiques, malgré l'appui qu'il cherche au surplus dans l'appréciation du Dr Doléris.

Il faut à ce propos, faire remarquer que Secheyron ne rapporte pas tout ce que Doléris dit en faveur de l'électrolyse, dont la critique ne me paraît pas, (qu'il me soit permis de le dire, malgré la gratitude d'élève, et l'amitié qui me lient à M. le Dr Doléris), un modèle du genre, car elle est semée de propositions contraires, les unes favorables et les autres défavorables.

Je veux bien admettre que l'électrolyse ne peut pas constituer en ce moment, le traitement *radical* des fibromes utérins, en ce sens qu'ils ne disparaîtront pas sous son unique influence. Un polype, en effet extérioré, grâce à l'électricité, de la cavité utérine pour tomber dans le vagin, a besoin finalement d'une intervention chirurgicale pour être totalement supprimé. Mais en la considérant comme moyen de traitement *symptomatique*, Doléris écrit(1)... « Les douleurs n'ont pas été sensiblement modifiées.

« Les hémorrhagies, influencées au début chez certaines malades n'ont jamais manqué de reparaître si on a interrompu le traitement, même après plusieurs mois consécutifs de soins assidus. — Grâce à une persistance opiniâtre dans le traitement, la menstruation a pu être régularisée dans quelques cas et réduite à des pertes peu considérables. — Mais, dans les cas de fibromes mous, à tendance myxomateuse ou kystique, dans les cas où on avait affaire à des organismes déjà débilités par l'intensité des douleurs et des pertes, les hémorrhagies n'ont pas été modifiées, pas plus que la perte séro-sanguinolente ou séreuse qui caractérise ces variétés.

« *Le seul et unique avantage reconnu sans conteste a été, chez presque toutes les femmes traitées, un effet stimulant très favorable à la nutrition générale et à la récupération des forces. Les malades se sentaient, après les premières séances, plus légères, plus alertes, dégagées en un mot, plus vivantes. Soit que le bassin, soit que l'abdomen eussent été influencés, comme innervation, sensibilité, ou motilité, elles marchaient volontiers et se tenaient aisément debout, ce qu'elles faisaient avec peine avant le traitement. Leurs mouvements étaient plus libres. La tumeur ne*

1. *A. Vilta.* Loco citato, p. 11.

les obsédait plus, par son poids ou son contact avec des viscères délicats. Le tronc et le bassin étant soustraits à cette demi-immobilité forcée, les membres supérieurs et inférieurs fonctionnaient avec aisance. En un mot, M. Doléris, qui a consigné très exactement les données observées, n'hésite pas à reconnaître que ce bénéfice d'une heureuse stimulation est assez généralement obtenu par suite de l'action électrique. »

Mais qu'est-ce qu'on veut de plus ? Comment peut-on obtenir de pareils bénéfices sans que les douleurs disparaissent, sans que l'hémorrhagie ne cesse tout à fait, ou diminue infiniment d'intensité, de façon à donner à l'organisme le temps de se restaurer ?

Ce petit tableau, vrai, réel, peint de main de maître par Doléris, sur les bienfaits de la galvanocaustique dans le traitement symptomarque des fibromes utérins, est assurément l'argument le plus solide pour nous confirmer dans la conviction que l'action électrolytique a d'immenses avantages, qui permettent aux malades de continuer leurs travaux, parfois fatigants et pénibles, et leur assurent un bien-être durable qui équivaut à la guérison. Ce qui est, d'ailleurs, parfaitement d'accord avec les résultats cliniques de nos huit observations, et avec ceux obtenus par centaines par Apostoli qui déclarait naguère : « Je puis affirmer, dit-il, que mon traitement *bien appliqué, et assez longtemps continué,* a produit 95 0/0 des bénéfices durables. »

2° L'électrolyse est-elle dangereuse ?

La méthode Apostoli n'est point dangereuse. Son auteur est, sur ce point, aussi catégorique que possible. Il s'exprime ainsi : « Ce traitement dans tous les cas n'offre pas de gravité ; il ne doit pas entraîner la mort si l'on ne commet pas de faute opératoire. »

Aussi Secheyron aura beau dire qu' « avec la galvanocaustique les accidents ne sont pas rares, que la septicémie est difficile à éviter après un grand nombre de ponctions, et lorsqu'il y a beaucoup de substance mortifiée en permanence dans la matrice ou au centre de la tumeur, » il n'ébranlera jamais la foi clinique des électrothérapistes consciencieux et convaincus qui ont pratiqué des *centaines* de galvano-punctures vaginales et des *milliers* de galvano-caustiques intra-utérines sans accidents. J'ai vu pratiquer plusieurs ponctions sur le même sujet sans que rien n'arrive, et tout dernièrement, M. Apostoli eut l'avantage de présenter devant moi à M. Secheyron, qui visitait sa clinique, une femme à qui il avait déjà fait plusieurs ponctions galvano-caustiques avec un bénéfice constant ; on voyait encore dans le cul-de-sac postérieur les ouvertures en voie de cicatrisation.

Il me semble bien difficile d'admettre, qu'une ponction galvano-

caustique, faite avec une aiguille très mince, enfoncée de quelques millimètres seulement dans les culs-de-sac du vagin, et pratiquée avec l'observance la plus rigoureuse des précautions antiseptiques, puisse donner lieu à un travail dangereux de suppuration *dont il est difficile de mesurer à l'avance l'intensité*, et de prévenir l'infection septique.

A l'appui de sa thèse, Secheyron ne rapporte qu'un seul cas, vraiment malheureux de la pratique du Dr Doléris. Voici l'observation (XII) de Secheyron :

Il s'agit dans cette observation d'un fibrome de gros volume, mou, donnant lieu depuis plusieurs années à un écoulement continuel de liquide sanguinolent très abondant. Le col était en partie effacé par la tumeur et présentait un orifice dilaté. Les bords étaient minces.

Dans le but de réduire le volume du néoplasme (qu'il supposait kystique à tort) pour en opérer plus facilement l'ablation, M. Doléris confia la malade au docteur Apostoli qui pratiqua une série d'électro-punctures. L'état de la malade était déjà grave ; il s'aggrava bientôt par l'explosion d'accidents septiques intenses dus à la putréfaction rapide des parties mortifiées par le caustique, et des portions adjacentes. M. Doléris, après une absence de quelques semaines, retrouva la malade dans un état très alarmant : fièvre intense, cachexie avancée, faiblesse extrême, écoulement très fétide ; cet état durait depuis plusieurs jours. Il n'y avait plus à hésiter ; il fallait opérer. La tumeur fut extirpée en deux séances ; elle était entièrement putréfiée, c'est-à-dire que jusqu'à son pédicule il existait des traînées de tissu mortifié et décomposé, au travers de parcelles volumineuses de tissu résistant et inaltéré. Le procédé employé fut le morcellement précédé de la section multiple du col. La malade succomba à la suite de la deuxième séance opératoire, le 2 octobre 1885.

Or, l'issue fatale de ce cas ne doit pas être mise sur le compte exclusif de l'électrolyse ainsi qu'Apostoli l'affirme et que Secheyron lui-même en a convenu, en notre présence, après rectification des faits par le Dr Apostoli. Je crois qu'il a mal résumé le récit de M. Doléris, car voici la note que nous a remise M. Apostoli à ce sujet et comment les choses se seraient réllement passées.

« L'observation telle qu'elle est relatée par M. Secheyron et telle qu'elle lui a été transmise par M. Doléris, est incomplète. Elle me rend *seul* responsable de la mort de la malade, ce que je récuse absolument.

« Voici les faits :

« Une femme profondément anémiée par des hémorrhagies graves remontant à plusieurs années, me fut confiée par M. Doléris, en juillet 1885, qui ne voulut pas prendre la responsabilité d'une opération immédiate, qui lui semblait d'emblée dangereuse.

Il s'agissait d'un fibrome considérable interstitiel et sous-muqueux qui, d'un côté, faisait saillie dans le col dilaté et, de l'autre, débordait l'ombilic.

Cinq galvano-punctures positives furent pratiquées à travers le col à une profondeur de 1 à 2 centimètres, dans la masse du fibrome saillant sous forme de polype,

dans le courant de juillet. La malade se restaura, les hémorrhagies diminuèrent beaucoup et au moment où je partais en vacances au mois d'août, elle était manifestement en meilleur état ; elle sortait, faisait son ménage, et avait meilleure mine.

A mon retour, au commencement de septembre, l'amélioration des cinq galvano-punctures ne s'était point démentie. C'est alors que sur l'invitation formelle de Doléris (qui croyait à tort à une tumeur bystique et qui affirmait qu'il y avait des kystes notamment au sommet de la tumeur, au niveau de l'ombilic), je dus, malgré mon opinion contraire (dont on trouve du reste le témoignage dans tous mes écrits, et dans ma pratique journalière, où mes ponctions ne dépassent jamais deux centimètres) faire des galvano-ponctures profondes qui varièrent de 12 à 15 *centimètres*, pour tâcher d'arriver à l'aide du trocart dans la poche kystique, et faire ainsi à l'aide d'une eschare négative une fistulation de la tumeur.

J'ai commis alors, et malgré moi, une faute opératoire en pratiquant des galvano-punctures aussi profondes, qui ont le danger de créer au centre du fibrome des sphacèles qui peuvent assez difficilement s'éliminer.

Je fis ainsi trois galvano-punctures négatives, dont la dernière le 14 septembre. La fièvre survint le jour suivant et dura assez élevée du 15 au 26.

Du 26 au 29, Doléris qui observait alors la malade put constater une détente.

Le 29, Doléris pratiqua en ma presence, une hystérotomie vaginale de la tumeur par morcellement.

L'opération fut *incomplète* et Doléris ne pratiqua que la moitié de l'extirpation de la tumeur (Hegar et Kaltenbach affirment que c'est une faute opératoire et tout le monde aujourd'hui est d'accord sur ce fait.)

Trois jours après, Doléris opérant pour la seconde fois, fit l'extraction totale et la malade succomba immédiatement à cette seconde opération, le 2 octobre 1885.

« Je laisse maintenant au lecteur le soin de conclure et de distribuer comme il convient les responsabilités. »

Et quand même la méthode Apostoli aurait donné une, deux, trois morts sur des *centaines* de malades, et plus de *huit mille* applications faites par lui seul, serait-ce une raison pour la déclarer dangereuse et la condamner de la sorte ? Est-ce que les autres méthodes auraient donné de meilleurs résultats sans la perte d'une seule personne ?

L'ovariotomie, la castration, l'hystérectomie abdominale, l'hystérectomie vaginale, ou toute autre opération chirurgicale, la mieux pratiquée et la plus riche en heureuses statistiques, sont-elles exemptes de victimes ?

C'est fort aisé de critiquer de cette façon-là ! Qu'on expérimente au moins la méthode avant de lui donner l'ostracisme, et l'on verra que la galvanocaustique chimique, dans le traitement des fibromes utérins, n'est point dangereuse si l'on se conforme simplement aux règles tracées par le Dr Apostoli.

3° L'électrolyse vaut-elle moins que les autres méthodes ?

Le fibrome utérin est extrêmement fréquent. Il passe toutefois souvent inaperçu par la malade même qui le porte, pendant toute sa vie. « *Le fibrome utérin, donc, par le seul fait de sa présence, ne*

nécessitera pas son extirpation. » Voilà un principe fondamental qui doit régir toute la thérapeutique chirurgicale de ces tumeurs. Pour être attaqué, il faut que le fibrome soit accompagné par des accidents pathologiques compromettant la vie de la malade ou sa santé générale.

Les symptômes les plus graves et les plus fréquents qui accompagnent les tumeurs fibreuses de l'utérus, et réclament une intervention, sont les hémorrhagies et les douleurs avec tout le cortège symptomatique de ces deux complications : la compression des organes voisins étant plus rarement observée.

Voyons maintenant quels sont les moyens chirurgicaux à l'aide desquels on peut avec profit combattre les fibromes utérins et si l'électrolyse (méthode Apostoli) vaut moins que les autres méthodes. Au point de vue de la thérapeutique chirurgicale on peut classer les fibromes en deux grandes catégories : les fibromes volumineux peu ou pas *opérables*, et les fibromes petits *opérables.*

A. — Dans les tumeurs de la *première catégorie,* constituées par des fibromes volumineux, qui sont, d'après l'expérience clinique la plus suivie, le plus souvent inopérables, les chirurgiens ne font d'ordinaire aucun traitement préventif qui puisse être dirigé contre le fibrome lui-même. Un fibrome volumineux, sans complication, n'est pas, du reste, incompatible avec un degré de bien-être assez satisfaisant Mais dans les cas où les fibromes sont accompagnés d'hémorrhagies qui épuisent ou mettent en danger la vie des malades, la chose se présente bien autrement. Dans ces cas les chirurgiens tâchent quelque fois d'enrayer l'hémorrhagie avec la castration ovarienne. Tout traitement médical vaut-il donc si peu de chose et n'existe-t-il aucun autre traitement, en dehors de la castration, pour combattre cette redoutable maladie ? C'est qu'on oublie, ou qu'on ignore, que l'on possède dans les applications électriques un très puissant remède contre le volume du fibrome et ses principales complications, qui sont en même temps les plus dangereuses, telles, par exemple, que l'hémorrhagie.

Examinons d'abord la valeur thérapeutique de la castration :

La *castration* ovarienne prise ici dans son sens le plus large, a pour but, comme l'on sait, de créer un état de ménopause artificielle, dans l'espoir de faire d'abord disparaître les symptômes très dangereux du fibrome et de le faire ensuite atrophier. Or, la castration, qui a mutilé bien des femmes, est pleine d'insuccès de toute espèce ; elle échoue assez souvent et complètement.

D'une part, l'atrophie et la diminution du volume de la tumeur ne se vérifient pas constamment; quelquefois même la tumeur s'accroît après la castration, ainsi que cela arrive aussi dans plusieurs cas après la ménopause naturelle. De l'autre, l'hémorrhagie et la mens-

truation ne sont pas arrêtées d'une façon absolue, car on les a vues avec une certaine fréquence se continuer après l'opération.

La raison de ces insuccès n'est pas encore suffisamment connue, aussi ne peut-on les éviter. On s'est plu à les attribuer à l'extirpation incomplète des ovaires, ce qui ne semble pas toujours exact. Et quand même on arriverait à bien connaître la cause et à éviter les insuccès, il faut ajouter d'autre part que parfois l'opération est impraticable.

En effet, dans les cas de gros fibromes les ovaires sont « déplacés, étalés et ses éléments sont parfois disséminés au point que l'extirpation complète est illusoire, et presque impossible, » Il y a des cas aussi où il est impossible même de trouver les ovaires. J'ai vu faire, ces mois derniers, plusieurs laparotomies, dont quatre en deux semaines, pour la castration de femmes atteintes de gros fibromes de l'utérus. Eh bien, dans un cas on n'a pu extirper qu'un seul ovaire : dans un autre cas on n'a pu enlever que deux petits lambeaux qu'on a supposé être une partie des ovaires ; et dans les deux autres cas on n'a pu trouver aucun ovaire ! Personne ne niera, qu'en pareille circonstance, l'opération ne soit complètement manquée.

Il faut ajouter, d'autre part, que la castration n'est point une opération sans danger. J'ai vu, il est vrai, faire à l'éminent maître M. Lucas Championnière, à l'hôpital Saint-Louis, une longue série de laparatomies sans avoir une seule perte ; il y a aussi la statistique, peut-être trop brillante, de Lawson-Tait qui plaide en faveur de la castration, mais, quoi qu'il en soit, la castration a donné des morts même dans les mains bien exercées de Lawson-Tait, Hégar, Goodel, Léopold, etc. Tissier signale une mortalité de 14,6 0/0 sur 171 opérations, et Vautrin dit que « la castration ovarienne donne 13 0/0 de mortalité ; on a de plus 20 0/0 de chances de ne pas amener de soulagement et 20 0/0 de ne pas enrayer l'évolution du fibrome ».

Au surplus la castration ovarienne ne signifie en dernier lieu, quels que soient ses succès, que *stérilité*.

Conclusion : Mutiler les femmes, — les tuer dans la proportion de 13 0/0 — et leur laisser 40 fois 0/0 leur infirmité, voilà la castration, et cela quand l'opération peut être faite — mais quand elle est impraticable ? Le nombre des insuccès augmentera naturellement.

B. — Pour les fibromes de la *seconde catégorie* — petits ou de volume moyen — dits opérables, la chirurgie moderne possède plusieurs procédés pour les attaquer, soit indirectement, soit directement. Mais on est encore loin d'être d'accord sur la bonté de ces divers procédés.

On traite *indirectement* ces fibromes, surtout lorsqu'ils sont hémorrhagiques, par la castration ovarienne. — *Directement*, soit par la voie abdominale, en enlevant l'utérus, soit par la voie vaginale, en supprimant également l'utérus ou la tumeur. On a, dans le premier

cas, la grave opération dite *hystérectomie abdominale* — et dans le second soit l'*hystérectomie* soit l'*hystérotomie* ou la *myomectomie vaginales.*

L'hystérotomie vaginale comprend à son tour *l'énucléation vaginale* — *l'extirpation en deux temps* — par *tractions* — et par *morcellement.*

Jetons un coup d'œil rapide sur ces différents procédés opératoires pour pouvoir faire un parallèle avec l'électrolyse.

1° *Castration.* — De même que dans le cas de gros fibromes, que nous venons d'examiner, la castration n'est point ici recommandable. Par conséquent, nous n'avons rien ajouter, sauf quelques considérations générales à la fin de cette analyse.

2° *Hystérectomie abdominale.* — C'est une opération des plus graves, — avec une mortalité de 35 à 50 0/0 — qui est presque généralement abandonnée aujourd'hui, de telle sorte que nous n'en parlerons pas.

3° *Hystérectomie vaginale.* — Cette opération trouvant rarement son indication dans le traitement des fibromes utérins, nous n'en parlons pas non plus. D'ailleurs elle est toujours assez grave et ses résultats ne sont point encourageants. Je m'arrête à l'*hystérotomie.*

4° *Hystérotomie* ou *la myomectomie vaginale.*

a). *Enucléation.* — « L'énucléation par le vagin consiste à séparer le corps fibreux de sa coque utérine et l'amener, ainsi décortiqué, en dehors des parties génitales. »

Disons-le tout de suite, cette opération, outre les grandes difficultés opératoires, dont nous allons parler tout à l'heure, présente un chiffre de mortalité non indifférent. La meilleure statistique, celle de Chroback (1885), donne 15,6 0/0 de morts; la plus récente, donnée par Vautrin (1886), est de 14 0/0.

Le manuel opératoire est plein de difficultés.

Un partisan déclaré du morcellement, Secheyron — fait à l'énucléation une critique à fond. Je la résume sur quelques points.

L'opération se fait en trois temps.

Au premier temps. On est parfois dans une impossibilité absolue d'*abaisser* l'utérus et *dilater* son col, ou on ne parvient pas à le dilater suffisamment, conditions indispensables pour pouvoir opérer. Les incisions alors sur le col s'imposent.

Au second temps, au moment de la *décortication*, on opère presque à l'aveugle, avec des doigts ou avec des spatules. Assez souvent la décortication n'est pas complète ; on tombe alors dans les graves inconvénients d'une opération non terminée. « La tumeur est ainsi violentée; les vaisseaux de sa coque, parfois si volumineux, sont ouverts et donnent lieu à des hémorrhagies fort graves par leur abondance et leur violence.

« Les difficultés se multiplient trop souvent à l'excès ; malgré tous les efforts, la décortication reste incomplète ; et alors, on voit des opérateurs, voulant à tout prix réussir, déterminer des perforations. Les perforations peuvent arriver même dans les mains les plus exercées. L'opération devient fort difficile et le corps fibreux est presque inattaquable, si l'on opère l'utérus élevé, non abaissé ; il faut alors se servir de spatules à longs manches, d'ongles accessoires, dits chirurgicaux, dont le nom seul est chirurgical. L'opération est longue, laborieuse et de plus aveugle. Elle paraît même souvent impraticable d'une façon absolue (Secheyron). »

Troisième temps. Le fibrome décortiqué, les difficultés ne sont pas toutes surmontées, car il arrive parfois que la tumeur, étant volumineuse, passe assez difficilement à travers le col de l'utérus et peut causer des déchirures sur le col, aussi bien que dans les culs-de-sac du vagin et sur le périnée. Les déchirures sont produites plus facilement lorsqu'on emploie le forceps, le céphalotribe ou le crânioclaste, etc., pour réduire et extraire de la cavité utérine, le fibrome. Dans ces cas, les déchirures sont fréquentes, et en même temps faciles, puisque le canal utéro-vaginal n'est nullement préparé pour livrer passage à un corps si volumineux, contrairement à ce qui arrive dans l'accouchement spontané.

Quelquefois la tumeur est volumineuse et dure à la fois ; elle réclame dans ces conditions le *morcellement*, n'importe à l'aide de quel moyen, pour être réduite. « Les hémorragies alors peuvent être très graves. Il est douteux que le perchlorure de fer, le tamponnement de gaze iodoformé, les injections d'eau chaude, puisssent les arrêter, car on a affaire assez souvent avec de gros vaisseaux coupés. »

Par le fait de l'énucléation, il résulte enfin une large plaie, avec des vaisseaux rompus, constituant une grande surface d'infection.

Pozzi juge l'opération ainsi :

« On agit à l'aveugle, au fond d'une cavité peu accessible, où peut survenir d'un moment à l'autre une hémorrhagie formidable, au voisinage immédiat du péritoine auquel adhèrent parfois quelques bosselures de la tumeur. Et, alors même que celle-ci serait enveloppée de toutes parts par une capsule, la minceur souvent extrême de cette enveloppe n'expose-t-elle pas à la déchirer et à la franchir dans ces manœuvres violentes de l'énucléation ?

« Mais ce n'est pas tout, parfois l'adhérence est très intime et, si l'on veut énucléer quand même, on se trouve aux prises avec une opération qui peut durer plusieurs heures et laisser les malades dans un état de prostration extrême. »

Un des plus graves inconvénients de ce procédé, dit Secheyron, est d'exposer à des opérations *incomplètes*.

Voici comment Vautrin expose les complications des opérations incomplètes : « Elles ressortent, pour la plupart, de la longueur et de l'importance des manœuvres opératoires. C'est la septicémie, la gangrène qui assombrit surtout le pronostic de l'énucléation incomplète et en fait une opération grave par ses conséquences. Nous avons cité l'opinion de Gusserow, de Lamer ; la plupart des chirurgiens comme Chroback, Marion Sims, Schrocder, Braun etc., semblent d'accord pour attribuer à la gangrène la proportion excessive de mortalité de l'énucléation incomplète. »

En résumé : difficultés extrêmes et quelquefois même impossibilité absolue à opérer — dangers de toute espèce et 14 0/0, *au bas mot, de mortalité, voilà le bilan de l'énucléation vaginale des fibromes utérins.*

Cela ne me paraît pas trop engageant !

b.) *Extirpation des fibromes en deux temps.* Ce procédé consiste à dilater d'abord le col et la cavité de l'utérus ; en second lieu à aller à la recherche du fibrome et inciser le tissu utérin au niveau du corps fibreux et attendre ensuite l'énucléation spontanée du néoplasme sous l'action de l'ergotine ou de l'électricité.

On arrive, en opérant de la sorte, à extirper même des myomes interstitiels, on pour le moins à les diriger, selon Vuillet, vers la cavité utérine, empêchant ainsi, au moyen de l'électricité, que les fibromes deviennent sous-séreux, intra-ligamentaires ou sous-péritonéaux.

Les résultats de cette manœuvre sont les suivants : ou l'énucléation s'opère immédiatement, et le néoplasme se change lentement en polype, ou, enfin il ne se produit aucune modification et la tumeur reste comme auparavant.

L'énucléation peut s'effectuer dès le lendemain de l'opération ou se faire attendre 10, 15 et 20 jours ; quelquefois il faut l'aider avec des instruments tranchants.

Ainsi, même dans l'énucléation en deux temps, nous pouvons nous trouver aux prises avec toutes les difficultés et presque tous les dangers que dans le cas précédent.

D'autre part, la dilatation de la cavité utérine conseillée par Vuillet, à l'aide des tampons de coton et d'étoupe, est extrêmement longue, durant jusqu'à 20 jours, et souvent très douloureuse.

Ce n'est pas tout ; les partisans de ce procédé, Vuillet en première ligne et même Secheyron, sont convaincus de la nécessité « des extractions précoces des fibromes, » c'est-à-dire quand le néoplasme est pour ainsi dire muet, lorsqu'il n'y a aucun symptôme menaçant pour lequel il faudrait intervenir. Or, cette ligne de conduite est contraire au principe fondamental de la thérapeutique chirurgicale des fibromes utérins que nous avons placé en tête de ce chapitre, savoir : que *le fibrome par le seul fait de sa présence ne nécessitera pas son extirpation.*

Et nous sommes conduits forcément à cette conclusion, c'est que

l'opération préeonisée par Vuillet est bien loin d'être rationnelle et prudente ainsi que Secheyron le voudrait.

Enfin, eombien de succès, combien d'insueeès, quelle mortalité donne-t-il, ce procédé?

Il n'existe pas encore une statistique nombreuse qui puisse nous donner une moyenne sérieuse pour répondre à toutes ees questions.

c.) *Extirpation par traction.* — C'est Emmet qui est le eréateur de ce procédé. Il opère ainsi : après avoir dilaté le eol il saisit le myome et l'extirpe avee l'aide de tractions; c'est un véritable *morcellement.*

Emmet qui a eu des résultats médiocres, « deux morts sur onze ou douze tumeurs volumineuses et un certain nombre de fibroïdes isolés, » juge sa méthode supérieure à la simple énucléation, car cette dernière ne permet pas, dit-il, de voir « sur quelle étendue le tissu utérin est atteint, si la paroi utérine est trop amincie pour pouvoir se contracter convenablement, et se complique souvent de mort par hémorrhagie avant la fin de l'opération. »

Quels que soient les succès obtenus par Emmet, nous nous trouvons toujours dans les mêmes conditions de difficultés opératoires et de complications que nous avons vues dans les autres proeédés. Inutile à mon avis d'en répéter la critique.

d.) *Extirpation des fibromes par morcellement.* — A l'aide de son procédé — le morcellement précédé de l'hystérotomie — M. Péan attaque direetement les fibromes.

« Au lieu d'attaquer la tumeur à la périphérie, région vasculaire, dangereuse, dit Seeheyron, il ouvre une large voie jusqu'au myome, en entrant résolument en plein tissu myomateux, et il aboutit à la eoque fibreuse lorsque déjà toute la tumeur est évidée, enlevée. »

Nous ne parlons pas ici de l'extirpation des polypes et nous passons à l'analyse du morcellement appliqué à l'extraction de fibromes interstitiels, sous-séreux ou péri-utérins.

Fibromes interstitiels. La technique opératoire se eompose de plusieurs temps que je résume en quelques mots.

1er *Temps.* Saisir et immobiliser le col de l'utérus, et pratiquer une incision circulaire pour le libérer de l'insertion vaginale. Le décollement se poursuit assez haut, ayant soin de respecter la vessie et les uretères. Le eol devient alors libre comme un battant de cloche. C'est à ce moment qu'il est nécessaire d'avoir une parfaite hémostase.

2e *Temps.* Section bilatérale du col et du segment inférieur de l'utérus faite avec un coup de ciseaux, et exploration de la cavité utérine pour reeonnaître la présence du néoplasme.

3e *Temps.* Si la tumeur est petite, pratiquer l'extraetion avec des traetions et mouvements de rotation.

Si la tumeur est volumineuse proeéder au moreellement de la masse fibreuse. On saisit alors la tumeur avee des pinees de Museux et

hémostatiques, droites et courbes ; on la tire fortement en bas et on l'extrait morceau par morceau, jusqu'à complet évidement de sa coque, à coups de bistouri et de ciseaux. Parfois il faut s'aider avec des tractions et l'énucléation. Toute la tumeur doit être enlevée.

4e *Temps*. On passe à l'hémostase, souvent difficile à l'obtenir complète, en pinçant les vaisseaux de la vaste cavité formée par l'évidement de la coque utérine. On place plusieurs pinces hémostatiques, dont quelques-unes de dix à vingt restent à demeure pendant trente-six à quarante-huit heures, et on fait la toilette de la plaie ayant soin d'enlever tous les plus petits caillots, « car la septicémie prend trop souvent son origine dans les petits caillots des plaies. »

Lorsque l'hémorrhagie n'est plus à redouter on passe à la suture des lèvres du col faite avec des fils métalliques.

Antisepsie rigoureuse.

Après cela la malade doit rester l'objet d'une attention et d'une surveillance extrêmes, étant une grande malade.

Fibromes péri-utérins. « Si au lieu de se porter du côté de la cavité utérine, la tumeur se porte vers l'extérieur dans les cloisons vésico ou recto-vaginales, ou même dans la cavité du péritoine, à la manière des fibromes *sous-séreux*, nous procédons autrement, dit Péan. Après avoir disséqué circulairement le col de l'utérus sur tout son parcours et l'avoir coupé sur les deux côtés..., on dissèque également les tissus qui doublent la partie inférieure du corps de l'utérus, en ouvrant le péritoine du côté où le fibrome est le plus développé et le plus rapproché du champ de l'opération. » Ménager le rectum, les uretères et la vessie.

La tumeur mise à nu est profondément incisée ; on abaisse les deux moitiés et on pratique le morcellement.

Ensuite, pincement des vaisseaux. « Ce temps de l'opération s'exécute assez bien, ajoute Péan, grâce à la dissection de toute la portion inférieure de l'utérus qui permet de mobiliser cet organe et de l'attirer près de la vulve.

« Au besoin, pour le faciliter, on excise les deux lèvres du col de l'utérus, et on les suture ensuite aux lèvres de la plaie faite à la muqueuse des culs-de-sac vaginaux.

« Quant à la communication qui existe avec la cavité péritonéale, nous la laissons ouverte, si elle est trop contuse, quitte à la rétrécir par quelques points de suture à anses séparées.

« Nous avons appliqué, dit Péan, plusieurs fois avec succès cette nouvelle méthode d'hystérotomie ou myomotomie vaginale et elle nous a donné les meilleurs résultats. »

Telle est la méthode préconisée par M. Péan appliquée au traitement des fibromes utérins par morcellement.

Elle n'est autre chose, en somme, que l'extirpation des néoplasmes par énucléation et par traction, si sévèrement critiquées par Secheyron lui-même. Les mots sont changés mais l'aete opératoire reste à peu près le même avee toute sa gravité.

Sauf la hardiesse de M. Péan, fort habile opérateur, qui ne s'arrête devant aucune difficulté, et qui ouvre iei largement le col de l'utérus, je trouve dans la méthode par morcellement, les mêmes diffieultés et les mêmes dangers que dans les autres méthodes analysées jusqu'à présent.

Je dirai même de plus, que les dangers pendant et après l'opération dans le proeédé de Péan, sont plus grands.

Ma critique n'est point platonique. J'ai eu la bonne fortune de suivre pendant plus de deux ans la elinique de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, et j'ai, plusieurs fois, vu appliquer eette méthode.

Ce n'est pas une opération simple, facile, comme on pourrait le croire en lisant sa deseription, à la portée de tous et pratieable partout.

On peut tout faire, je le comprends, mais... « En obstétrique et en gynéeologie, dit le professeur Pajot, dont le bon sens elinique éelate à ehacun de ees mots, on peut tout faire... reste à savoir si l'on fait bien. »

Le méthode de Péan constitue une opération longue, de la durée d'une heure et même plus, s'aceompagnant d'hémorrhagies quelquefois effrayantes et parfois même mortelles. On opère dans une cavité profonde, plus à l'aveugle que dans la simple énucléation, avee des bistouris et des eiseaux. On ne sait pas le plus souvent ce que l'on fait ni quand on peut finir. C'est parfaitement le cas, ici, de répéter les paroles de P. Dubois lorsqu'il définissait la version podalique : « C'est une opération difficile ; on sait quand on la eommence, mais on ne sait jamais quand on peut la finir. » En effet, on peut aller finir dans le rectum, dans la vessie, dans le péritoine et même avec une hystérectomie obligatoire.

Quoi qu'il en soit, en nous basant sur la statistique personnelle de M. Péan, il aurait eu sur quarante opérées d'hystérotomie pour fibromes interstitiels du corps de l'utérus trois morts ; soit une mortalité. de 7,5 0/0. Si M. Péan avec toute son expérienee et ses brillantes qualités ehirurgieales, a eu eette mortalité, on doit se demander quelle sera eelle du jeune chirurgien moins audaeieux et moins instruit?

Or, est-il permis, même avee de pareils résultats, de procéder immédiatement à l'hystérotomie sans tenter d'abord une autre méthode inoffensive, sans tâcher de guérir autrement les malades ou de les mettre, tout au moins, en de meilleures eonditions pour subir une grave opération ?

Je le dis franchement, non.

Qu'on choisisse entre l'énucléation simple ou en deux temps, l'extirpation par tractions et le morcellement, peu importe, puisqu'il y a toujours danger, il faut savoir s'abstenir et leur substituer d'emblée tout autre traitement médical, ce qui me paraît prudent et rationnel.

Je me borne à dire *prudent* et *rationnel*, tandis qu'un chirurgien célèbre, exprimant toute sa pensée, y met le mot CRIMINEL.

En effet, Keith, à propos de l'hystérectomie abdominale, qui lui a donné 9,7 0/0 (de mortalité générale (1)) (statistique plus brillante que celle de tous les autres opérateurs sans exception) n'a pas craint d'écrire, en donnant un grand exemple chirurgical, ces paroles déjà bien connues, mais qu'il est toujours bon de répéter ici : « *Je me considérerais comme coupable d'un acte criminel, si je conseillais désormais à une malade de courir le danger de mettre sa vie en péril, par les anciennes méthodes, avant de s'être entièrement soumise au nouveau traitement du Dr Apostoli* » (*British medical journal* du 10 décembre 1887).

C'est, en effet, un devoir sacré de tout tenter, de tout faire pour guérir, ou même ne fût-ce que pour apporter un soulagement aux malades, avant de les soumettre aux risques et aux périls constants des graves opérations.

Le traitement qu'on doit désormais expérimenter dans chaque cas de fibrome utérin est la galvanocaustique chimique préconisée par M. le Dr Apostoli, puisqu'on peut avec elle guérir soit radicalement certaines malades — nos huit observations d'expulsion spontanée de polype en font foi — soit symptomatiquement les autres, en leur assurant un bien-être durable.

J'arrive maintenant à dire quelques mots de :

L'ÉLECTROLYSE EN GYNÉCOLOGIE.

Cette méthode est remarquable par son extrême simplicité. C'est précisément pour cela, peut-être, qu'elle est injustement dédaignée par les chirurgiens !

Son outillage, ainsi que son manuel opératoire, sont aussi simples que possible et je me contenterai de renvoyer le lecteur pour leur description aux publications du Dr Apostoli.

Il suffit de disposer d'un bon appareil électrique, pile à grand débit, d'un bon galvanomètre d'intensité et de deux électrodes : un indifférent en terre glaise et l'autre actif, utérin, sous la forme d'hystéromètre, pour avoir sous la main les principaux instruments nécessaires.

Le manuel opératoire est aussi simple : Il faut faire choix du pôle à employer — prendre toutes les précautions les plus rigoureuses

1. Cette mortalité générale se décompose ainsi : 3, 8 0/0 dans la pratique de la ville et 15, 7 0/0 à l'hôpital.

antiseptiques — appliquer l'électrode indifférent sur l'abdomen, l'électrode actif dans l'utérus — et débiter le courant lentement, de façon à élever progressivement l'intensité à 50-100-150-200-250 milliampères, suivant les indications, variables avec chaque cas — variables aussi chez la même malade, — et cela pendant une durée moyenne de cinq minutes.

Faisant un parallèle entre l'électrolyse et l'hystérotomie vaginale, en général, au point de vue des indications et des contre-indications, nous voyons que, tandis que l'électrolyse peut toujours être employée sans dangers, quels que soient l'état de la malade et le volume des tumeurs, (sauf les tumeurs fibro-kystiques et celles qui se compliquent d'ascite ou elle reste sans effet) l'hystérotomie vaginale est dans ces mêmes circonstances souvent contre-indiquée. En effet, jetons un coup d'œil rapide sur les conditions qui conseillent l'une et déconseillent l'autre :

1° Une première contre-indication pour attaquer les fibromes chirurgicalement, repose sur l'absence de tout symptôme se rattachant au néoplasme ;

Cela n'existe pas pour l'électrolyse qui, étant sans danger, peut être appliqué à titre de mesure préventive, même en dehors de tout désordre actuel utérin.

2° Une deuxième contre-indication chirurgicale c'est le volume extrême des fibromes ;

Elle n'existe pas non plus, pour la méthode Apostoli.

3° La troisième contre-indication est l'affaiblissement général et la cachexie des malades ;

C'est, au contraire, une des meilleures indications pour le traitement électrique, car il donne dans ces cas-là, tout au moins, à l'organisme le temps de se restaurer.

4° La quatrième contre-indication de l'hystérotomie est l'anémie extrême des malades qui peut retarder le moment de l'opération. De plus, même dans les cas de métrorrhagies répétées où l'hystérotomie paraît indiquée, si on ne peut pas obtenir pendant l'opération, une complète hémostase, ce qui n'est que rarement possible. L'opération devient extrêmement grave et peut mettre en péril immédiat la vie de la malade.

Or, c'est précisément dans ces cas que l'électrolyse triomphe — en y ajoutant ceux, ou presque tous ceux, où l'hystérotomie passe à tort, jusqu'à ce moment, pour être indiquée, et qu'elle peut remplacer avec un réel profit.

Qu'importe maintenant, si une femme se sentant guérie, reste avec son fibrome plus ou moins rétrocédé ?

Mais, nous dira-t-on, le fibrome qui reste constitue un danger permanent et une menace de récidive.

L'objection est spécieuse et il est facile de répondre, qu'en admettant même cette hypothèse, il serait toujours possible *a fortiori* d'appliquer à ce fibrome *récidivé* le même traitement qui lui a réussi une première fois — mais la clinique nous apprend heureusement tout le contraire. En effet, aucune des malades, sauf de très rares exceptions, soignées et guéries par le Dr Apostoli, n'a eu des rechutes depuis déjà quatre années écoulées en bonne santé. L'hystérotomie d'ailleurs, ne préserve pas elle aussi des *récidives*, ou pour mieux dire, l'hystérotomie n'empêche pas que d'autres fibromes, restés peut-être inaperçus, ne puissent se développer plus tard et donner lieu, à un retour offensif des symptômes antérieurs.

Du reste, qu'aurait-on pu faire surtout dans quatre des cas (observat. I, V, VI, VIII) que nous rapportons ?

L'état général étant très grave, chaque petite opération chirurgicale aurait, donnant un surcroît d'hémorrhagie, augmenté la gravité et aurait même pu mettre en péril la vie des malades. L'électrolyse les a sauvées, arrêtant non seulement l'hémorrhagie dès le début des séances, mais mieux encore — en les aidant à se débarrasser de leurs fibromes! rien au monde n'aurait pu donner de si salutaires résultats, l'hystérotomie moins que toute autre chose, et en voici au surplus la preuve.

En effet, je trouve dans le travail de Secheyron, le défenseur de l'hystérotomie vaginale, les faits les plus édifiants pour démontrer que mon assertion est parfaitement exacte et que la sienne est mal fondée. Parmi plusieurs observations concluantes, en faveur de ma thèse, rapportées par Secheyron, je trouve sept cas typiques, où les chirurgiens, en n'intervenant pas, ou en pratiquant l'hystérotomie, ont tout bonnement laissé mourir les malades. Je dis, *ont laissé mourir*, (pour ne pas dire plus) car on aurait pu, avec un traitement électrique approprié, éviter certainement une catastrophe. Ces cas dont je vais reproduire intégralement les observations, sont à peu près analogues aux huit collectionnés par nous qui ont parfaitement guéri par l'électrolyse.

Les voici :

1° (OBSERVATION XIV. Seebeyron. Service de M. Péan.)

L... Julie 56 ans, eouturière, entre le 15 avril 1886, salle Denonvilliers, n° 41.

Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans, toujours régulièrement jusqu'à la ménopause, qui a eu lieu il y a sept ans. A eu deux enfants, jamais de fausses eouches. Il y a deux ans, elle commença à ressentir des douleurs dans le bas-ventre ; en même temps un écoulement roussâtre se faisait par la voie vaginale. Les choses restèrent stationnaires jusqu'il y a six mois.

A ce moment, la malade fut prise d'une grande perte que l'on arrêta diffieilement et qui anémia beaucoup la malade. En même temps les douleurs deviennent plus vives et dans ces derniers temps aequirent l'intensité des douleurs d'expulsion de l'aeeouchement. Il y a cinq jours, nouvelle métrorrbagie très abondante.

État actuel. — Malade pâle, d'un teint jaune terreux, très faible, perdant du sang par la vulve au moindre mouvement.

Injections *vaginales* au perchlorure de fer. Repos le plus absolu. Toniques.

Les jours suivants on peut examiner la malade et l'on constate un polype fibreux faisant saillie à travers le col et du volume d'une orange.

23 *mai.* — La malade commence à avoir le muguet ; état général toujours très médiocre. Les pertes ne sont pas renouvelées.

Le 29. — Affaiblissement progressif depuis son entrée. Mort ce matin dans l'adynamie.

Autopsie. — La cavité utérine est remplie par une tumeur fibreuse, très adhérente, rétrécie au niveau du col et faisant saillie ; cette dernière partie est partiellement sphacélée. Reins amyloïdes, foie gras, cœur graisseux. Rien par ailleurs.

2° (Observation XXII. Secheyron. Service de M. Péan.)

M... Marie, 51 ans, entrée le 14 avril 1886, salle Denonvilliers, n° 38. Réglée à 13 ans 1[2, régulièrement. Ménopause il y a quatre ans ; n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches. Il y a trois ans, elle vit tout d'un coup des pertes survenir à intervalles très irréguliers ; en même temps elle commençait à éprouver des douleurs dans le bas ventre. Les pertes devinrent de plus en plus abondantes et rapprochées, et il y a près de trois mois qu'elle est continuellement dans le sang. Elle a beaucoup pâli et maigri.

Etat actuel. — L'anémie et la pâleur sont extrêmes ; il existe de l'oppression et des vertiges continuels ; constipation ; pas de troubles de la miction ; pas d'œdème aux jambes. Au toucher, on sent une tumeur qui fait saillie dans le vagin, du volume d'un gros œuf, ovoïde, à grosse extrémité tournée en bas et en avant, se continuant par sa petite extrémité dans le canal cervical, qu'elle dilate, et s'attachant au fond de l'utérus par un pédicule long et étroit. La palpation abdominale fait reconnaître que l'utérus est notablement augmenté de volume et qu'il a acquis une dureté anormale.

Injections *vaginales* avec de l'eau de Rabel.

18 *avril.* — Hémorrhagie abondante. Injection sous-cutanée d'ergotine et glace sur le ventre.

Le 26. — Autre hémorrhagie, moins abondante.

1er *mai.* — Sans causes appréciables, symptômes brusques de péritonite ; douleur, ballonnement du ventre, vomissements verdâtres, fièvre, glace sur le ventre.

Le 2. — Mort dans la nuit.

Autopsie. — Nous n'avons qu'à extraire l'utérus par le vagin. Le cul-de-sac postérieur contient quelques cuillerées de pus. L'utérus renferme un polype avec un pédicule de 4 centimètres de long et 2 de large s'implantant sur le fond de l'utérus. Trois corps fibreux dans l'épaisseur du corps. Rien dans les annexes de l'utérus.

Ainsi, en pleine année 1886, lorsque la méthode Apostoli a déjà donné à l'étranger d'excellents résultats contre l'hémorragie utérine, on garde à Paris, dans des services hospitaliers, des malades, avec des pertes continues, pendant plusieurs jours, et l'on se contente d'*injections vaginales* pour tout traitement, sans essayer, comme dernière, ou mieux comme première ressource, l'électrolyse, pour tâcher d'arrêter l'écoulement sanguin, qui a été ici la cause principale de la mort !

De pareils faits se passent de tout commentaire.

3° (OBSERVATION LXXXI. Secheyron. Service de M. Péan.)

B... Armandine, 34 ans, domestique, entre le 23 novembre 1885, salle Denonvilliers, n° 51. Santé délicate ; réglée à 11 ans, régulièrement. Un enfant à 22 ans. Il y a dix-huit mois, elle commença à avoir des pertes continuelles. Il y a un an, apparition d'une tumeur dans le bas-ventre ; accroissement rapide ; affaiblissement et amaigrissement.

État actuel. — Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, arrondie, lisse, de consistance fibreuse. Col utérin entr'ouvert ; dans sa lèvre postérieure est une tumeur occupant son épaisseur et se prolongeant dans l'utérus.

16 *janvier.* — Anesthésie et deux pinces dentées sont placées, l'une en bas, sur la portion intra-cervicale ; l'autre en haut, embrassant la portion intra-utérine. Ablation par morcellement de la partie inférieure. Injection au sublimé. Les pinces sont laissées quarante-huit heures en place. La tumeur se sphacèle : fétidité extrême et septicémie, malgré les injections antiseptiques ; fièvre à 40° le soir, et 38° le matin.

30 *janvier.* — Anesthésie. Large ablation des parties sphacélées. Les jours suivants : adynamie profonde au bout de six jours ; vomissements douleurs abdominales. Mort le 1er mars.

Autopsie. — Petit bassin rempli par un litre de pus jaunâtre. Péritoine et anses intestinales reposant sur l'utérus. Utérus rempli par une tumeur du volume d'une tête d'adulte, et pesant 1.035 grammes, complètement sphacélée, adhérant intimement à la paroi interne de la matrice dont il est impossible de la séparer. Les parois utérines ne sont pas augmentées. Un peu de pus dans la cavité de la trompe droite à son origine utérine. Lymphangite du ligament large droit dont les lymphatiques sont dilatés par places, monoliformes et remplis de pus. Un de ces abcès lymphangitiques s'est rompu et a déterminé l'écoulement du pus dans les parties déclives du petit bassin. Le ligament large gauche est intact. Rien dans le vagin et les culs-de-sac. Rectum sain. Reins amyloïdes. Foie également amyloïde. Vésicule biliaire énorme et contenant quatre calculs à facettes, bruns, verdâtres, durs, du volume d'une grosse noisette. Rate normale. Poumons présentant aux deux sommets des tubercules crus ; quelques noyaux d'apoplexie pulmonaire, du volume d'un gros pois, dans le lobe moyen et le bord antérieur du poumon droit. Rien par ailleurs.

4° (OBSERVATION CI. Secheyron. Service de M. Péan.)

S... Marie, 52 ans, domestique, bonne santé antérieure ; réglée à 15 ans, régulièrement, quoique peu abondamment.

Une fausse couche et une grossesse à terme.

Depuis un an environ se plaint d'un malaise général, de douleurs lombaires, de pertes blanches, après ses règles.

Depuis huit mois, métrorrhagies profuses, avec expulsion de caillots ; toutefois peu de douleurs. Les pertes sont presque incessantes.

Malade pâle, anémiée, teint cireux. Utérus augmenté de volume ; d'un volume plus gros que le poing.

Augmentation due à une tumeur fibreuse faisant saillie dans la cavité utérine. Le col est entr'ouvert ; d'une dilatation d'une pièce d'un franc. Il est possible de percevoir une masse résistante, remplissant la cavité utérine. L'opération est pratiquée, après que toutes les dispositions antiseptiques ont été prises.

Une forte pince, à mors plats, est enfoncée profondément sur la tumeur, qui a été le plus possible attirée directement en bas, avec les pinces de Museux. Une tranche de la tumeur est sectionnée au-dessous de la pince ; une autre pince est appliquée

au-dessus de la première; et, à diverses reprises, des lambeaux, des quartiers de myome sont saisis et coupés, avec l'aide de longs ciseaux, de histouris à longs manches.

L'opération par morcellement est longue, surtout à cause du volume de la tumeur qui est celui des deux poings.

Une demi-heure seulement après le début de l'opération, à la suite de mouvements de traction combinés à des mouvements de rotation, la partie supérieure de la tumeur est énucléé de sa coque, et alors facilement enlevée.

Lavages antiseptiques du vagin.

Eponges iodoformées ; deux pinces à demeure.

La malade est pâle, épuisée par les hémorrhagies antérieures ; toutefois sa santé générale est bonne. Les jours suivants, T. 37°, 6. Au huitième jour, la malade se plaint de douleurs au mollet et d'un gonflement à la jambe; menace de flegmatia alba dolens; constipation; élévation de T. 38°, 9.

Lavages intra-utérins. Acide phénique à 1/100.

Membres inférieurs élevés sur un coussin — potion cordiale, champagne.

Les jours suivants : frissons, avec léger claquement des dents.

Vagin chaud, luhréfié, pas d'écoulement purulent, ou sanieux du côté de l'utérus.

Douleur, gonflement et battement au cul-de-sac gauche.

12 juillet. — Tendance à la syncope; état alarmant; petits frissons le soir; T. oscillant entre 38° et 39°. Douleur à la pression au flanc gauche.

Le 16. — Mort.

Autopsie. — Collection purulente dans le petit bassin. Phlegmon du tissu cellulaire du côté gauche de l'utérus.

5° (Observation CVI. Secheyron. Service de M. Tillaux.)

X..., 33 ans, métrorrhagies depuis six ans; parfois avait dû garder le lit pendant des mois, une fois pendant six mois. Développement graduel du ventre; tumeur descendant dans le vagin faisant saillie à la vulve. Aux époques menstruelles, métrorrhagies avec douleurs expulsives.

Tumeur remontant au-dessus de l'ombilic, faisant saillie à la vulve comme une tête de fœtus.

Tumeur enclavée dans la petit hassin; compression du rectum et de la vessie.

Traction de la tumeur qui sort de la vulve; incision longitudinale profonde.

Application de la chaîne d'écraseur qui glissa (comme cela a toujours lieu), jusqu'à l'extrémité de la tumeur. Section rapide.

Je n'eus même pas le bénéfice de l'hémostase ; surface de section saignante, hémorrhagie difficile à arrêter.

Mort en quarante-huit heures.

Il s'était formé une inversion utérine.

L'utérus était troué au fond.

6° (Observation CVIII. Secheyron. Service de M. Péan.)

G... Anne, 50 ans, laitière, entrée le 11 décembre 1886, chalet Cruveilhier, n° 15. Rien dans les antécédents héréditaires. A eu quatre enfants et deux fausses couches. Il y a neuf ans, menstruation irrégulière, vives douleurs du ventre qui se tuméfie. Depuis quatre ans ces phénomènes étaient bien marqués; ils gênent la mictiou, et parfois le cathétérisme était nécessaire ; pertes plus ahondantes.

Vers le 15 novembre, après de violentes douleurs du ventre et des pertes abondantes, le ventre avait considérahlement diminué de volume ; les hémorrhagies avaient tellement affaibli la malade qu'elle s'était alitée.

Etat actuel. — Faciès altéré, teint sub-ictérique, amaigrissement considérable, faisant songer à une tumeur maligne. Au toucher : masse très dure, volumineuse, faisant saillie dans le vagin, et empêchant d'atteindre le col utérin ; le palper abdominal combiné fait voir qu'il existe une masse dans la cavité abdominale, se continuant avec celle qui fait saillie dans le vagin. Pas d'ascite; toniques; repos.

8 *janvier.* — Meilleur état général. Chloroformisation.

La surface de la tumeur qui fait saillie dans le vagin est mise à découvert par de larges valves; puis au moyen d'un long couteau, on enlève quelques tranches de cette tumeur en procédant par morcellement. Des pinces très longues et très fortes saisissent et attirent au dehors quelques points saisis, et l'on parvient à réduire considérablement le volume de la tumeur sans qu'il y ait de perte de sang.

Tout à coup la tumeur descend jusqu'à la vulve; l'utérus s'est renversé en doigt de gant et la tumeur tout entière est en dehors. Pinces au ras de son insertion utérine; la portion de la tumeur, qui est en dehors des pinces, est tout entière enlevée. Quatre pinces sont laissées à demeure. L'utérus est mis en place; le vagin est rempli d'éponges iodoformées.

Le 10. — Les pinces sont enlevées; il y a par le vagin un écoulement abondant de matières putrides. Lavages à la liqueur de Van-Swieten; mais la température s'élève. Grâce aux fréquents lavages, amélioration momentanée.

Le 20. — La malade est prise de délire. Elle refuse tout; diarrhée persistante. Lavages intra-utérins; on ne constate rien par le toucher.

Le 26. — Œdème des membres inférieurs.

Le 27. — Mort.

Autopsie. — Amaigrissement très prononcé ; teinte jaune cachectique. Addomen . un peu de liquide ascitique; dans le petit bassin, quelques traces légères de péritonite ancienne. L'utérus, un peu volumineux, est *incisé sur la ligne médiane*; il est vide de toute tumeur, la muqueuse pâle et décolorée est saine et on retrouve, près du fond, des cicatrices qui sont les restes de l'implantation du corps fibreux. Le ligament large gauche est un peu tuméfié à sa base; à la section, il s'écoule un peu de liquide séro-purulent. Reins volumineux, pâles. Foie un peu gras. Rate volumineuse. Cœur sain. Poumons un peu congestionnés aux bases.

7° (OBSERVATION CIX. Secheyron. Service de M. Le Dentu.)

Juillet 1887. — X..., âgée de 55 ans; les traits tirés et amaigris, se plaignait de pertes abondantes survenues depuis environ dix mois. Bonne santé générale auparavant.

Au toucher, constatation d'une masse volumineuse occupant presque tout le vagin et dans laquelle il était absolument impossible de trouver traces du col utérin.

Octobre. — Aggravation de l'état général, sous l'influence de pertes incessantes. X... était épuisée, anémiée et était dans un état de fièvre continue; septicémie, lavages antiseptiques; traitement reconstituant, fer et sulfate de quinine.

Dix jours après, cessation de la fièvre; l'opération est décidée, bien que le diagnostic polype ne fût pas établi formellement.

Anesthésie. — Toucher vaginal : pas trace du col, qui était complètement effacé.

Après quelques tentatives de morcellement suivant la méthode de Chassaignac, je pus introduire ma main tout entière entre la tumeur et les parois de la cavité que je trouvai souples et n'ayant pas de tendance à se déchirer.

N'ayant obtenu aucun abaissement du myome après des sections transversales, et n'ayant pu pratiquer de section conique pour le faire descendre, je cherchai à aller reconnaître avec la main, le mode d'implantation du pédicule. Je trouvai celui-ci inséré au voisinage du fond sur une étendue peu considérable, et je pus même détruire une

partie de ses adhérences avec le doigt; mais il tenait encore par une bride fibreuse, très résistante et très dure.

J'essayai, par des applications de forceps successives et combinées avec des tentatives de morcellement, de faire descendre le fibrome, je n'y pus réussir. C'est alors que me vint l'idée de transformer en un procédé opératoire ce qui avait été considéré comme un accident, c'est-à-dire de déterminer systématiquement l'inversion utérine pour pouvoir sectionner le pédicule et terminer l'accouchement du fibrome. Cette inversion s'effectua assez facilement et je pus sectionner le pédicule avec des ciseaux. Je plaçai deux ligatures sur la face de la section.

Je fis un lavage, avec la solution phéniquée, de la muqueuse utérine et je réduisis très facilement l'utérus. Pour plus de sécurité, je tamponnai la cavité vaginale avec des bourdonnets d'ouate iodoformée.

Malheureusement, cette opération laborieuse avait duré près de deux heures. La malade, épuisée avant l'intervention, avait perdu du sang au cours des manœuvres et avait eu deux menaces de syncopes qui nous avaient obligés de suspendre le chloroforme.

Mort dans l'après-midi par épuisement, hémorrhagies antérieures, septicémie quelques jours avant l'opération.

Autopsie. — Pas de déchirure du péritoine ni du tissu utérin.

J'ai cru bien faire de m'appesantir un peu sur ce point, car en rapportant *in extenso* les sept observations précédentes je mets sous les yeux du lecteur les pièces justificatives qui ont une grande valeur.

De la simple lecture de ce document il ressort que, dans les cinq derniers cas, on a laissé s'écouler un temps précieux avant d'opérer les malades, sans le moindre souci d'arrêter l'hémorrhagie par le traitement électrique.

Dans ces cas l'électrolyse aurait pu provoquer en plus l'expulsion spontanée du fibrome, et simplifier ainsi de beaucoup l'opération chirurgicale consécutive, car si nous allons au fond des choses, nous ne voyons dans les cinq cas opérés d'hystérotomie vaginale, que des cas que l'on peut comparer aux nôtres. Eh bien, en traitant les nôtres par l'électrolyse, nous avons sauvé les malades, et en opérant les autres par l'hystérotomie, les malades sont mortes. C'est un fait indéniable et plein d'enseignements. Est-il douteux que si ces pauvres malheureuses avaient été traitées par la méthode Apostoli, plusieurs peut-être, sinon toutes, auraient pu être sauvées ?

Ainsi, nous pouvons avancer :

8 *cas de polypes utérins traités par l'électrolyse* — 8 *maladies guéries* : Guérison 100 0/0.

7 *cas de polypes utérins (analogues aux premiers) traités* 2 *par l'expectation*, 5 *chirurgicalement* — 7 *malades mortes* : Mortalité 100 0/0.

Nous pouvons par conséquent conlure que l'électrolyse ne vaut pas moins que les autres méthodes.

Il ne doit donc pas y avoir l'embarras du choix dans la voie à suivre, et nous estimons que tout chirurgien honnête et consciencieux doit, comme un devoir, essayer dans tous les cas de fibromes utérins, le traitement électrique. Il doit être appliqué comme le recommande Apostoli, soit pour arrêter d'abord l'hémorrhagie et permettre à l'organisme de se restaurer, soit pour tenter d'avoir la dilatation naturelle de l'orifice utérin et obtenir l'expulsion spontanée du néoplasme, rendant ainsi aussi bénigne que possible, la myomectomie consécutive, faite soit avec une anse soit avec les *ciseaux*.

En nous résumant :

Hystérotomie vaginale : — Difficultés opératoires nombreuses, grandes et parfois insurmontables. Dangers réels pendant et après l'opération. Mortalité générale 14 0/0 (par morcellement 7,5 0/0).

Galvano-caustique. (*Méthode Apostoli*) : — Manuel opératoire des plus simples et faciles. Innocuité parfaite si elle est bien appliquée.

Tel est le bilan de ces deux opérations.

Nous ne saurions mieux terminer cette note qu'en rappelant comme conclusion les affirmations d'Apostoli, ainsi que celles de Keith, qui ont été appuyées de toute l'autorité de Sir Spencer Wells.

Apostoli dit : « *Si mon traitement électrique des fibromes utérins n'est pas destiné à remplacer totalement le couteau, il doit toujours être considéré, en raison de son innocuité et de son efficacité comme le plus utile auxiliaire de la chirurgie, soit qu'il soulage toutes les femmes inopérables, soit qu'il permette à toutes les autres de surseoir, d'une façon temporaire ou même définitive, à une opération qui a toujours ses dangers.* » (Voir *Archives de Tocologie*, août 1885, p. 709.) — « *J'affirme de plus que ma méthode est presque constamment efficace, en tant que méthode symptomatique. Le traitement électrique a pour résultat, non pas la cure radicale des fibromes, mais la diminution de volume des tumeurs, et la guérison symptomatique des malades auxquelles il rend la santé.*

« *En présence de l'hystérectomie toujours difficile et dangereuse, de l'oophorectomie, qui n'est ni toujours possible, ni constamment efficace, le traitement électrique, par sa simplicité et son innocuité, s'impose à tous les gynécologues comme traitement palliatif initial des fibromes, traitement qui, le plus souvent, sera suffisant pour assurer à la malade un bien être permanent* (1) ».

« *J'estime, qu'en y comprenant ma pratique, il a été soigné, depuis quatre ans, selon toute probabilité, et d'après ma méthode, tant en Angleterre qu'en Amérique, plus de* DOUZE CENTS *fibromes, sur lesquels on*

1. V. *Semaine médicale* du 9 mai 1888.

a dû faire, au bas mot, VINGT-CINQ MILLE *applications électriques, puisque Keith et moi, nous en avons déjà fait plus de* DIX MILLE. *Que l'on compte maintenant les morts ; je ne crois pas qu'ils dépassent en tout* — DIX — *et je me demande s'ils sont directement imputables à la méthode et ne sont pas plutôt, comme j'en suis convaincu, les conséquences de l'inexpérience et des fautes de l'opérateur, car c'est une opération encore jeune, qui est née d'hier, perfectible comme toutes les choses humaines et qui n'est qu'à ses débuts. — Quand la laparotomie aura une telle bénignité, je renoncerai à ma méthode.* » (Voir *Journal des Connaissances médicales* du 15 novembre 1888.)

Et le célèbre Keith dit à son tour : « *Le succès, tout au moins primordial, du traitement d'Apostoli, est un grand fait que j'accepte* toto animo.

« *Je me considérerais comme coupable d'un acte criminel, si je conseillais désormais à une malade de courir le danger de mettre sa vie en péril, par les anciennes méthodes, avant de s'être entièrement soumise au nouveau traitement du Dr Apostoli.* » (Voir *British medical Journal* du 10 décembre 1887.)

Devant un pareil langage nous ne devons que nous incliner.

Imp. de la Soc. de Typ. — NOIZETTE, 8, r. Campagne-1re, Paris.


MEDICAL
YALE
LIBRARY
HISTORICAL
LIBRARY